

# **Begleitung von Angehörigen während einer Reanimation**

Bachelor Thesis

**Laurent Zemp**

Bachelor 2009-2012

Erstgutachter: Ewald Schorro

**Hochschule für Gesundheit Freiburg**

Studiengang Bachelor of Science in Pflege

8. Oktober 2012

## Abstract

**Hintergrund:** Die Reanimation ist ein absoluter Notfall. Alles muss schnell gehen, jede Minute zählt und jeder Handgriff muss sitzen. Wenn in diesem Moment Angehörige anwesend sind, sind auch sie in einer sehr schwierigen Situation und brauchen Unterstützung. **Ziel:** Ziel dieser Arbeit ist es, aufzuzeigen, wie die Begleitung von Angehörigen während einer Reanimation gemäss aktueller Literatur aussehen sollte. Deshalb wurde folgende Fragestellung gewählt: „Wie können Pflegefachpersonen Angehörige während einer Reanimation optimal betreuen?“. **Methode:** Um Antworten auf diese Frage zu bekommen, sollte eine systematische Literaturübersicht erstellt werden. Gesucht wurde auf den Datenbanken Pubmed, NICE und Cochrane Library. Es wurden ausschliesslich Studien berücksichtigt, die zwischen 2010 und heute publiziert wurden, im akuten Setting durchgeführt worden sind und bei denen die reanimierte Person älter als 19 Jahre ist. Weiter wurden die Studien aus kulturellen Gründen geographisch eingeschränkt (USA, Europa, Australien). Insgesamt wurden 10 Studien gefunden, die den Suchkriterien und qualitativen Ansprüchen genügten. **Ergebnisse und Diskussion:** In der aktuellen Literatur ist die Praxis, dass Angehörige während der Reanimation im gleichen Zimmer anwesend sein dürfen, nicht mehr wegzudenken. Häufig genannte Argumente sind: (1) Angehörige sehen den Ernst der Lage und Entwicklung im Verlauf der Zeit, (2) Angehörige können erkennen, dass alles Mögliche getan wurde, (3) Angehörige können Abschied nehmen und (4) die Praxis hat einen positiven Einfluss auf den Trauerprozess. Gleichzeitig gibt es aber bei der Ein- und Durchführung dieser Praxis diverse Punkte zu beachten: diese Option eignet sich nicht für alle Angehörigen, sie erfordert eine Begleitperson, die nicht direkt am Reanimationsprozess beteiligt ist, die Räumlichkeiten sollten geeignet sein und die Implementierung sollte in Form einer schriftlichen Richtlinie geschehen, in deren Erarbeitung das interdisziplinäre Team einbezogen wird. Den Vorbehalten der Pflegefachpersonen und Ärzte muss Rechnung getragen werden. **Ausblick:** Obwohl gemäss der aktuellen Literatur genügend Evidenz vorhanden ist, um eine Implementierung zu empfehlen, bleibt es ein heikles Thema. Um zukünftige Diskussionen mit sachlichen Informationen zu versorgen, besteht noch Forschungsbedarf. Insbesondere sind grossangelegte und qualitativ hochwertige Studien notwendig. Auch das Outcome der Angehörigen sollte untersucht werden, sowie die Rolle der Begleitperson.

## Abstract

**Introduction:** La réanimation est une urgence absolue. Chaque minute compte et chaque geste doit être efficace et précis. Si des proches sont présents, lorsque l'arrêt cardiaque survient, ils vivent un moment excessivement difficile. Eux aussi auraient besoin de l'attention des professionnels de la santé. Mais comment faire ? **Objectif :** Le but de ce travail est de démontrer quel mode d'accompagnement de proches lors de réanimation est proposé dans la littérature actuelle. La question de recherche est la suivante : « De quelle manière est-ce que les infirmiers peuvent-ils accompagner les proches lors d'une réanimation ? ». **Résultats et discussion :** Dans la littérature actuelle la proposition de laisser entrer les proches dans la salle de réanimation est omniprésente. Les arguments suivants ont été trouvés : (1) les proches réalisent la gravité de la situation et voient l'évolution dans le temps, (2) les proches peuvent s'assurer que tout a été tenté pour sauver la vie, (3) les proches peuvent dire adieu et (4) cette pratique a un effet positif sur le processus de deuil. Bien qu'il y a suffisamment de preuves pour conseiller une introduction de cette pratique, il faut prendre quelques points en considération: pas tous les proches sont susceptibles pour cette pratique, elle nécessite une personne d'accompagnement, qui n'est pas impliquée dans la réanimation propre, les locaux doivent être adaptés, et l'implémentation doit idéalement se faire par le biais d'une directive écrite, qui est élaborée par l'équipe pluridisciplinaire. Les préoccupations du personnel soignant et des médecins doivent être prises en considération. **Perspective:** Bien que l'évidence soit globalement favorable, ce sujet demeure délicat. Pour permettre des discussions bien fondées et objectives et pour tenir compte de l'appréhension qui existe actuellement, il est nécessaire d'approfondir les recherches dans ce domaine. Notamment, il faudrait des recherches de haute qualité scientifique de plus grande envergure. Un autre sujet à mieux évaluer reste l'impact sur les proches (et surtout sur le processus de deuil). Le rôle de la personne qui accompagne les proches est également un sujet important pour les futures recherches.

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte sich der Autor bei einigen Personen bedanken, die bei der Verfassung dieser Arbeit unterstützend mitgewirkt haben. Als erstes geht der Dank an Ewald Schorro, der diese Arbeit fachlich kompetent und engagiert betreut hat und wertvolles Feedback gegeben hat. Ein weiterer Dank richtet sich an die Eltern des Autors, welche beim Korrekturlesen eine wertvolle Hilfe waren. Sie haben dem Autor immer wieder Mut und Kraft gegeben und ein Umfeld geschaffen, in dem das Erstellen dieser Arbeit erst möglich wurde. Ohne diese Personen wäre die Arbeit nicht das, was sie jetzt ist.

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	7
1.1 Problembeschreibung .....	7
1.2 Fragestellung.....	11
1.3 Ziele .....	11
2. Theoretischer Rahmen .....	12
2.1 Begriffserklärungen .....	12
2.1.1 Reanimation .....	12
2.1.2 Angehörige.....	12
2.1.3 Anwesenheit von Angehörigen während der Reanimation.....	13
2.2 Konzept Kardiopulmonale Reanimation .....	13
2.3 Konzept Verlust / Trauer.....	15
2.4 Konzept Krise .....	17
3. Methodologie .....	19
3.1 Design .....	19
3.2 Suchstrategie .....	19
3.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien .....	20
3.2.2 Anpassung des Fokus der Fragestellung.....	20
3.3 Analyse .....	21
4. Ergebnisse.....	22
4.1 Übersicht Resultate .....	29
4.2 Haltung gegenüber Angehörigenanwesenheit während Reanimation.....	29
4.2.1 Haltung von Patienten und Angehörigen.....	29
4.2.2 Haltung von Fachpersonen .....	30
4.2.3 Negative Aspekte .....	30
4.2.4 Positive Aspekte.....	32
4.3 Begleitung von Angehörigen während der Reanimation .....	34
5. Diskussion der Resultate .....	36
5.1 Interpretation der Ergebnisse .....	36
5.2 Qualität der Ergebnisse .....	38

5.3 Stärken und Schwächen der Arbeit .....	39
5.4 Lernprozess.....	40
6. Schlussfolgerung .....	42
6.1 Beantwortung der Fragestellung .....	42
6.2 Bedeutung und Empfehlung für die Pflege .....	42
6.3 Empfehlung für zukünftige Forschungsarbeiten .....	43
7. Literaturverzeichnis.....	45
8. Anhang .....	48
A. Suchprotokoll .....	48
B. Kriterien zur Beurteilung einer systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse .....	56
C. Zusammenfassungen und kritische Beurteilung der systematischen Literaturübersichten.....	57
D. Kriterien zur Beurteilung von Quantitativen Studien .....	62
E. Zusammenfassungen und Beurteilungen der quantitativen Studien .....	66
F. Beurteilung von qualitativen Studien .....	79
G. Zusammenfassungen und Beurteilungen der qualitativen Studien.....	80
H. Hierarchie der Forschungsevidenz .....	83
Selbstständigkeitserklärung.....	84

# **1. Einleitung**

Ein Herzstillstand und die darauffolgende Reanimation (auch Herz-Lungen-Wiederbelebung HLW genannt), bedeutet auch innerhalb eines Spitals immer eine Ausnahmesituation. Für einen Moment kommt der übliche Tagesablauf ins Stocken und es werden alle notwendigen Massnahmen ergriffen, um die betroffene Person wiederzubeleben. Für eine Reanimation bedarf es eines ganzen Teams aus mehreren Pflegefachpersonen und Ärzten. Die volle Konzentration aller Beteiligten ist gefordert, um alle medizinisch-technischen Interventionen zur Wiederherstellung und Erhaltung des Kreislaufes in kurzer Zeit durchzuführen. In der „Hitze des Gefechts“ tritt ein weiterer, wesentlicher Aspekt in Zusammenhang mit der Reanimation – die Angehörigen des Betroffenen – zunächst in den Hintergrund. Mit diesem Gesichtspunkt will sich der Autor mit seiner Bachelorarbeit beschäftigen. Im Folgenden werden einige unerlässliche Informationen zur Reanimation zusammengetragen, um anschliessend aufzuzeigen, wie die Fragestellung zu dieser Arbeit entstanden ist. Aus Gründen der Leserfreundlichkeit wird die männliche Form verwendet, aber es sind Personen beider Geschlechter gemeint, sofern nicht explizit anders erwähnt.

## **1.1 Problembeschreibung**

In Europa sind kardiovaskuläre Erkrankungen für rund 40% der Todesfälle von unter 75-Jährigen verantwortlich (European Resuscitation Council [ERC], 2010). Für das Vorgehen im Falle eines Herzstillstandes veröffentlicht die American Heart Association [AHA] (2010) - in Zusammenarbeit mit dem International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) und weiteren Organisationen - alle fünf Jahre evidenzbasierte Guidelines heraus. Für die Veröffentlichung der Richtlinien in der Schweiz ist der Swiss Resuscitation Council zuständig, der sich auf AHA, ILCOR und den ERC stützt (SRC, 2010).

Die AHA-Guidelines 2010 zur Reanimation von Patienten mit Herzstillstand heben die Wichtigkeit von sofortiger, suffizienter Herzdruckmassage zur Erhaltung der Durchblutung und der frühen Defibrillation zur Wiederherstellung eines Kreislaufes hervor (AHA, 2010; ERC, 2010). Es ist also unerlässlich, dass Zeugen eines Herzstillstandes schnell und richtig reagieren. Dies gilt natürlich besonders auch für das Personal in einem Krankenhaus. In verschiedenen Spitälern wurden deshalb

unterschiedliche hausinterne Richtlinien für den Fall eines Herzstillstandes eingeführt. Grundlage bleibt der BLS- und ACLS-Algorithmus, allerdings unterscheidet sich der Ablauf in organisatorischen Punkten. Damit ist die Art der Alarmierung (per Telefon, Sucher, Druckknopf usw.) und das aufgebotene Personal gemeint. Im Spital in dem der Autor arbeitet, wird im Falle eines Herzstillstandes der Rea-Alarm per Telefon ausgelöst. Ein Arzt und eine Pflegefachkraft der Abteilung Anästhesie und Reanimation werden damit per Sucher alarmiert. Diese begeben sich ausgerüstet mit dem Rea-Wagen zum angegebenen Ort. Ein ähnliches Team („Code Blue Team“), bestehend aus einem Arzt der Notfallstation und Intensivpflegefachkräften, wird von Qureshi, Ahern, O'Shea, R., Hatch, & Henderson (2011) für das Departement für Notfallmedizin an der Universität in Südkalifornien als Lösung präsentiert. Baxter, Cardinal, Hooper und Patel (2008) reden in ihrer Studie von Teams, die bereits bei einer kritischen Verschlechterung des Zustandes eines Patienten gerufen werden. Der Einsatz der sogenannten „Medical Emergency Teams“ (MET) und „Critical Care Outreach“ (CCO) haben einen statistisch signifikant positiven Effekt auf die Mortalität am Ottawa Hospital, da sie die Patienten erreichen, bevor schwer reversible Komplikationen, wie zum Beispiel ein Herzstillstand auftritt. Die oben erwähnten MET sind von Ärzten geführt, während die CCO von Pflegefachkräften geleitet werden (Baxter et al., 2008).

Auch zum Vorgehen bei einer Reanimation auf der Notfallstation finden sich Vorschläge. Kliegel, Havel und Sterz (2001) empfehlen das Arbeiten in Zweierteams, welche anhand des ABCD-Schemas eingeteilt werden. Ein Team besteht aus je einem Arzt und einer Pflegefachperson. Ein erstes Team kümmert sich um die Atmung (Punkt A und B), ein zweites Team um Kreislauf und Defibrillation (Punkte C und D) und ein drittes um die Dokumentation.

In den vorhergehenden Abschnitten wurden medizinisch-technischen Richtlinien, sowie mögliche Formen der Organisation einer Reanimation aufgezeigt. Auch wenn sich der Ablauf bei einem Herzstillstand von Spital zu Spital etwas unterscheidet, sind sie sich im Grossen und Ganzen recht ähnlich. Auffallend ist dabei vor allem eines: in keiner dieser Studien, welche sich mit Reanimations-Teams befassen, wurde von Familienangehörigen gesprochen. Im Zentrum dieser zahlreichen Studien, die aktuell gefunden werden können, steht das Outcome der Patienten und die



Frage, wie Reanimationsrichtlinien dahingehend verbessert werden können. Natürlich sind diese Studien sehr wichtig und es ist wünschenswert, die Überlebenschancen zu erhöhen. Gleichzeitig zeigen aber die weiter oben diskutierten Studien, dass trotz Anpassungen der Reanimations-Algorithmen die Überlebenschance nur wenig zugenommen hat.

Es darf davon ausgegangen werden, dass Patienten auf Intensivpflegestationen oder auf der Notfallstation besonders häufig von Angehörigen begleitet werden, da diese aufgrund des kritischen Zustandes bei ihren Nächsten sein möchten. Gerade das Setting Notfallstation eignet sich gut, da Patienten häufig durch Angehörige eingeliefert werden oder aber die Ambulanz auf dem Weg ins Spital begleiten. Tritt nun der „worst-case“ ein und es kommt zu einem Herzstillstand (oder der Patient wird mit Herzstillstand eingeliefert), ist die Familie also gegebenenfalls anwesend. Sehr schnell wird sie wohl durch Mitarbeiter des Notfalls „rausgebeten“, damit in Ruhe gearbeitet werden kann. Gemäss Nibert (2005), ist dies im akuten Setting gängige Praxis. Die Angehörigen realisieren vielleicht nicht einmal genau, was gerade geschieht. In keiner der oben erwähnten Studien wird darüber gesprochen, wer sich in welcher Form um diese Angehörigen, die jetzt vor der Tür draussen stehen und warten, kümmern sollte. Die Zahlen zu den Überlebenschancen sprechen eine klare Sprache: der Zustand des Patienten, der gerade reanimiert wird, ist äusserst kritisch. Der Versuch sich in diese Angehörigen hineinzusetzen, die draussen warten müssen, wirft die Frage auf, wie diese Menschen, die sich in einer Ausnahme-situation befinden, unterstützt werden könnten und sollten.

Die Studien zu diesem Thema sind deutlich dünner gesät. Müller-Cyran betont in seinem Artikel „Basis Krisenintervention“ bereits 1999 die Wichtigkeit des psychosozialen Aspektes der Notfallmedizin. Ihr Ziel sei ja nicht nur die Wiederherstellung des akut beeinträchtigten Gesundheitszustandes, sondern auch die Erhaltung der Gesundheit. Psychosoziale Betreuung werde in der Notfallmedizin zu oft als Störfaktor wahrgenommen, dabei sei es integraler Bestandteil derselben. Ein Mangel an psychosozialer Betreuung der Angehörigen könne schwere gesundheitliche Folgeschäden haben. Müller-Cyran (1999) geht noch einen Schritt weiter: so sollen Angehörige - wenn diese das wünschen - den Reanimationsmassnahmen beiwohnen können, sofern die Reanimation dadurch nicht

beeinträchtigt werde. Häufig werden Angehörige rausgeschickt, weil es für das Team einfacher sei und nicht um die Angehörigen zu schützen, sagt Müller-Cyran (1999) weiter. Seit Erscheinen dieses Artikels sind gut zehn Jahre vergangen. Dem Autor ist auf der Notfallstation aufgefallen, dass Angehörige rausgeschickt werden, wenn ein Patient reanimiert werden muss. Die Angehörigen warten dort alleine, bis ein Arzt sie über die aktuelle Situation informiert (Diskussion über einen Abbruch der Massnahmen oder Information über Wiederherstellung des Kreislaufes). Auch in Gesprächen mit Mitarbeitern anderer Spitäler ist festzustellen, dass es diesbezüglich keine geregelte Vorgehensweise gibt.

Im Dokument des ERC (2010) zu den Reanimations-Richtlinien findet die Anwesenheit der Familienangehörigen während der Reanimation insbesondere im pädiatrischen Akutsetting als mögliche Form der Betreuung Erwähnung. Dabei wird aber nicht detailliert darauf eingegangen, wie diese Betreuung aussehen könnte oder sollte. Auch die American Heart Association ist im Jahr 2005 noch eher zurückhaltend. So steht in den Guidelines 2005, dass es vernünftig zu sein scheine, gewissen Angehörigen die Möglichkeit zu geben, der Reanimation beizuwohnen, falls kein gegenteiliger Wunsch der reanimierten Person vorliegt. Weiter wird empfohlen, dass eine Person der Familie für die Betreuung zugeteilt werden sollte (AHA 2005). Im Jahre 2010 sprechen die Guidelines eine deutlichere Sprache. So steht dort, dass gemäss Studien viele Angehörige gerne der Reanimation beiwohnen würden, aber nicht danach fragten. Deshalb soll medizinisches Fachpersonal, falls möglich, diese Option anbieten und die Angehörigen durch ein zuständiges Teammitglied betreuen. Diese Person sollte erfahren sein und den Angehörigen mit Information und Empathie zur Seite stehen. Angehörige, die beiwohnen durften, würden weniger Trauersymptome, posttraumatische Vermeidungssymptome und weniger intrusive Bilder erleben. Ausserdem sei es für sie tröstlich, die letzten Momente mit der nahestehenden Person zu teilen (AHA Handbook ECC 2010). Auch diese Empfehlung macht keine genaueren Angaben zur Art der Betreuung und sie steht im Gegensatz zu der vom Autor erlebten Praxis.

## **1.2 Fragestellung**

Aus der Problembeschreibung kristallisiert sich folgende Fragestellung heraus: „Wie können Pflegefachpersonen Angehörige während einer Reanimation optimal betreuen?“

## **1.3 Ziele**

Die Veröffentlichung neuer Reanimationsrichtlinien durch die AHA erfährt jeweils grosse Aufmerksamkeit und die verschiedenen hausinternen Richtlinien werden dementsprechend angepasst. In dieser Arbeit soll anhand einer Literaturübersicht erörtert werden, wie denn diese Begleitung aussehen könnte oder sollte. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf die Begleitung von Angehörigen gelegt, die wünschen, der Reanimation beizuwohnen. Die Arbeit kann auch Grundlage sein für Diskussionen zu diesem Thema und soll medizinisches Fachpersonal dazu anregen, sich Gedanken zu diesem Thema zu machen.

## **2. Theoretischer Rahmen**

In diesem Kapitel werden zunächst wichtige Begriffe der Fragestellung definiert. Anschliessend werden die wichtigen Konzepte vorgestellt, welche den theoretischen Rahmen für die Bachelorthesis bieten.

### **2.1 Begriffserklärungen**

#### **2.1.1 Reanimation**

Reanimation enthält das lateinische Wort animatio, was Belebung bedeutet. Reanimation ist also Wiederbelebung. Im Pschyrembel (2007) ist unter dem Begriff Reanimation Folgendes zu finden: „Synonym für kardiopulmonale Reanimation [abgekürzt CPR, Anm. des Autors]; Wiederbelebung; notfallmässige Sofortmassnahmen bei Herz-Kreislaufstillstand oder schwerer Atemstörung mit Bewusstlosigkeit, die unbedingt innerhalb der Wiederbelebungszeit begonnen werden müssen.“ (S. 1624). Die Wiederbelebungszeit ist die Zeitspanne zwischen Herz-Kreislaufstillstand (klinischer Tod) und dem Eintritt nicht reversibler Zellschädigung (biologischer Tod) (Bierker, Grünewald, 2005). Ein weiterer Begriff, der im deutschen Sprachgebrauch Anwendung findet, ist die Herz-Lungen-Wiederbelebung (HLW). Im Gespräch mit Pflegefachpersonen aus Frankreich kann festgestellt werden, dass für sie ein „service de réanimation“, also eine Abteilung für Reanimation, dem entspricht, was wir unter Intensivpflegestation verstehen. Der Begriff der Reanimation kann also auch weitläufiger gefasst werden. Für diese Arbeit soll aber die Definition aus dem Pschyrembel (2007) verwendet werden: also bei Herzstillstand oder schwerer Atemstörung mit Bewusstlosigkeit.

#### **2.1.2 Angehörige**

Da die Angehörigen im Zentrum dieser Arbeit stehen, ist es wichtig zu erläutern wie der Begriff verwendet wird. Duss von Werdt (1995, zit. in Holzer-Pruss 2005) definiert Familie und Angehörige als „relevantes System, zu dem die für die jeweilige Lebenswelt wichtigen Personen gehören. Es können solche darunter sein, die gar nicht Angehörige im engeren Sinn sind.“ (S. 11). Der Begriff Angehörige umschreibt also Personen, die dem Patienten wichtig sind und nicht ausschliesslich solche, die blutsverwandt sind. Dem stimmt gemäss Holzer-Pruss (2005) auch Friedemann (1996) zu. Sie schliesst aus seiner Definition, dass auch Freunde und Nachbarn zu

den Angehörigen zählen können und so wird der Begriff in dieser Arbeit auch verwendet.

### **2.1.3 Anwesenheit von Angehörigen während der Reanimation**

Unter Angehörigenanwesenheit während Reanimation versteht der Autor eine Form der Begleitung der Angehörigen, bei der ihnen angeboten wird, bei der Reanimation anwesend zu sein. Das bedeutet, dass sich die Angehörigen im gleichen Raum befinden oder in einem Nebenraum, der direkten Blickkontakt zu der ihnen wichtigen Person ermöglicht. In der englischsprachigen Literatur finden sich dafür zwei Begriffe, welche gleichbedeutend verwendet werden: family presence during resuscitation (abgekürzt: FP oder FPDR) und family-witnessed resuscitation (abgekürzt: FWR). Zur Verbesserung des Leseflusses, wird in dieser Arbeit die Anwesenheit von Angehörigen während der Reanimation mit FP (family presence) abgekürzt.

Das Foote Hospital in Jackson im amerikanischen Bundesstaat Michigan wird in der Literatur als erstes Spital bezeichnet, welches Angehörigen erlaubt hat, der Reanimation beizuwohnen (Doolin, Quinn, Bryant, Lyons & Kleinpell, 2009, Egging et al., 2011). Diese Praxis wurde aufgrund der Nachfrage durch Angehörige eingeführt. Gemäss Nibert (2005, zitiert in Doolin et al., 2009) existierte das Dilemma, ob Angehörige die womöglich letzten Minuten mit ihren Liebsten verbringen dürfen oder nicht existiert erst seit den späten Fünfzigerjahren. Erst dann wurde die moderne Reanimation mit Herzdruckmassage eingeführt. Patienten befanden sich durch technischen Fortschritt bei schwerwiegenden Krankheiten fortan überwiegend im Spital und nicht mehr Zuhause (Nibert 2006, zitiert in Doolin et al., 2009).

## **2.2 Konzept Kardiopulmonale Reanimation**

Im folgenden Abschnitt wird das Thema Reanimation genauer betrachtet. Richtlinien zum Ablauf der Reanimation erfahren alle 5 Jahre eine gründliche Überarbeitung. Die neuesten AHA-Guidelines sind im Dezember 2010 herausgekommen. Darin wird zunächst der BLS-Algorithmus erläutert, welcher die Grundlage der Reanimation ist. Er beinhaltet das Erkennen eines Herzstillstandes, beschreibt das Vorgehen, die Beatmung, die Herzdruckmassage und die Defibrillation. BLS gilt auch als Referenz für Laienhelfer und wird an gängigen Erste Hilfe Kursen (sogenannte Nothelfer oder BLS-Kurse) unterrichtet. Er ist der Mindeststandard, der von medizinischem

Fachpersonal beherrscht werden muss. Weiter beschreiben die AHA-Guidelines 2010 den sogenannten ACLS-Algorithmus (Advanced Cardiovascular Life Support), wie er durch darin geschulte Ärzte und Pflegefachpersonen im Spital im Falle einer Reanimation zum Einsatz kommt. ACLS ist die Erweiterung zu BLS und beinhaltet zum Beispiel erweitertes Atemwegsmanagement (Intubation) sowie intravenöse Gabe von Medikamenten (AHA, 2010; ERC, 2010).

Trotz dieser regelmässigen Anpassung der Richtlinien für die Reanimation und des Fortschrittes der Medizin, hat sich die Überlebensrate von Patienten nach Herzstillstand laut zweier Studien in den Jahrzehnten vor 2005 nicht signifikant verbessert (Hanefeld, Lichte, Laubenthal, Hanke & Mügge, 2006; Ehlenbach et al, 2009). Deasy et al. (2011) beschreiben zwischen 2005 und 2010 eine Erhöhung der Anzahl Patienten, die nach einem Herzstillstand ausserhalb des Krankenhauses, nach einer erfolgreichen Wiederbelebung eingeliefert werden. Jedoch hat dies keinen Einfluss auf die Überlebensrate bei Entlassung. Ein kausaler Zusammenhang zwischen den Guidelines 2005 und dieser Verbesserung konnte in dieser Studie nicht nachgewiesen werden. Gemäss dem Dokument des ERC zu den Guidelines 2010 (ERC, 2010) werden in Europa überleben rund zehn Prozent aller Personen, die ausserhalb des Spitals einen Herzstillstand erleiden, bis zum Austritt aus dem Spital. Je nach Herzrhythmus sind es bis zu knapp über zwanzig Prozent. Allerdings kann sich die Überlebensrate je nach Herzrhythmus bei idealer Hilfe (sofortige CPR, frühe Defibrillation und schneller Transport ins Spital) verdoppeln oder sogar verdreifachen (ERC, 2010). Auch wenn der Herzstillstand innerhalb eines Krankenhauses geschieht und professionelle Hilfe also sehr rasch verfügbar ist, ist die Überlebensrate nur 36.6% (Herlitz, Andréasson, Bång, Aune, & Lindqvist, 2000). Betrachtet man Patienten, die zum Zeitpunkt des Herzstillstandes älter als 65 Jahre waren, überleben sogar nur 18.3% bis zum Austritt (Ehlenbach et al, 2009). In den zwei darauffolgenden Jahren sterben 26.9% der Patienten und weitere 9.1% erleiden eine Komplikation (Herlitz et al, 2000). Nolting et al. (2010) sprechen je nach initialem Herzrhythmus von 11.5 - 37% Überlebensrate bis Austritt aus dem Spital. Gemäss der Studie von Moretti et al. (2006) ist die Wahrscheinlichkeit einer Rückkehr zu einem Spontankreislauf bei ACLS-geschultem Personal immerhin bei 43.4%. Rückkehr des Kreislaufes bedeutet das Überleben des aktuellen Herzstillstandes, bis zur Übergabe an eine Intensivpflegestation oder an ein Herzkatheterlabor. Die 30-

Tage-Überlebensrate liegt in dieser Studie bei 26.8% und nach einem Jahr bei 21,9% (Moretti et al., 2006).

Diese Zahlen zum Thema Reanimation sprechen eine düstere Sprache. Selbst bei Rückkehr eines spontanen Kreislaufes, ist die Gefahr nicht gebannt, dass es zu weiteren Komplikationen kommt. Dabei darf nicht vergessen werden, dass hinter diesen Zahlen Menschen und deren Angehörige stehen, die sich in einer ausserordentlich schwierigen Situation befinden. Darauf wird im Folgenden eingegangen.

### **2.3 Konzept Verlust / Trauer**

Wenn von Begleitung von Angehörigen während einer Reanimation gesprochen wird, muss auch auf das Thema Verlust und Trauer eingegangen werden. Wie im Abschnitt Reanimation aufgezeigt, sind die Reanimationsbemühungen in vielen Fällen ohne Erfolg. Der Verlust einer nahestehenden Person ist ein schmerzhafter Einschnitt im Leben und braucht viel Kraft zur Bewältigung. Verluste können biologisch (beispielsweise Brustamputation) oder psychosozial sein (beispielsweise Tod einer angehörigen Person). Biologische Verluste können psychische und soziale Auswirkungen haben, genauso wie nach psychosozialen Verlusten auch biologische Auswirkungen (Krankheit) auftreten können. Auch Krankheit ist eine Form von Verlust. Der Verlust von Gesundheit, welcher Einschränkungen in irgendeiner Form mit sich bringt. (Zeller-Forster, 2005b)

Zeller-Forster beschreibt Verlust als „[...] einschneidende, schmerzhaft Erlebnisse, die den Menschen in seiner Identität bedrohen und oft Hauptauslöser für Krisen sind.“ (S.120). Sie bezieht sich dabei auf die Psychotherapeutin V. Kast (1989). Der Tod einer nahestehenden Person ist eine der einschneidenden Verluste, mit denen jemand konfrontiert werden kann. Auf die hauptsächliche Reaktion auf Verlust, Trauer, wird im folgenden Abschnitt eingegangen.

Der Trauerberater J. William Worden (1982) spricht von Traueraufgaben, welche erledigt werden müssen. Er erwähnt dabei vier solcher Traueraufgaben: den Verlust als Realität akzeptieren, den Trauerschmerz erfahren, sich anpassen an eine

Umwelt, in der die verstorbene Person fehlt und schliesslich soziale Energie in eine andere Beziehung investieren (zitiert in Gerken & Plüss, 2002).

Von Trauerphasen spricht Kast (1982) in ihrem Modell (zitiert in Zeller-Forster, 2005). Die von ihr erwähnten Phasen sind folgende:

- 1. Phase des Nicht-wahrhaben-wollens. In dieser Phase ist die betroffene Person gelähmt, steht unter Schock und kann die Situation nicht erfassen.
- 2. Phase der aufbrechenden Emotionen. Diese Phase ist geprägt von heftigen Gefühlen (Wut, Verzweiflung, Protest, Angst und Ohnmacht).
- 3. Phase des Suchens, Findens und Sich-Trennens. In dieser Phase kann sich der Mensch öffnen, nachdem er rückblickend festgestellt hat, was ihm am Leben und der Beziehung zu seinen Mitmenschen wichtig war.
- 4. Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs. Hier lernt der Mensch, dass Abschied zum Leben gehört.

(Zeller-Forster, 2005).

Gemäss Kast (1982, zitiert in Zeller-Forster, 2005) ist die Trauer als Übergangsphase lebensnotwendig und ermöglicht erst den Umgang mit den Veränderungen nach dem Verlust. Für Pflegefachkräfte sind gerade objektive Erscheinungsformen von Trauer wichtig zu erkennen. Zeller-Forster (2005) beschreibt unter anderem folgende objektive Merkmale: Weinen, starre Mimik und abwesender Blick, Stimmungsschwankungen und Isolation. Sie bezieht sich dabei auf Doenges/Moorhouse (1993) und Gordon (1994). Für eine erfolgreiche Begleitung von Trauernden scheint vor allem Empathie und aktives Zuhören wichtig zu sein. Zeller-Forster (2005) empfiehlt dabei verschiedene Leitfragen im Hinterkopf zu haben. Diese beziehen sich auf Themen, die die betroffene Person anspricht und Worte, die sie dabei benutzt, frühere Verlusterlebnisse und den Umgang damit. Ein weiterer wichtiger Punkt sei die Identifikation von Ressourcen (was hat der Person bei früheren Verlusten geholfen).

Die Begleitung von Menschen die trauern, konfrontiert auch die Begleitperson mit ihren eigenen Grenzen und Schwächen (bis hin zu Hilflosigkeit). Auch Begleitpersonen und Angehörige durchlaufen ein Stück weit die gleichen Trauerphasen. Die Arbeit mit Trauernden bringt Pflegende auch immer wieder an die



eigene Grenze und deshalb sei es wichtig, diese Erfahrungen verarbeiten zu können. Dies kann zum Beispiel in Form von Teamgesprächen oder Supervision stattfinden. (Zeller-Forster, 2005).

## **2.4 Konzept Krise**

Um die Situation, in der sich Angehörige während einer Reanimation befinden, besser verstehen zu können, wird das Konzept Krise als theoretischer Rahmen herangezogen. Krise wird vom griechischen Wort „krisis“ abgeleitet und bedeutet ursprünglich so viel wie „entscheidende Wendung“. Im allgemeinen Sprachgebrauch bezeichnet das Wort Krise eine entscheidende, schwierige Situation (Zeller-Forster 2005a). Gemäss Meueler (1989, zit. in Zeller-Forster 2005a) beschreibt der neuzeitliche Krisenbegriff einen Vorgang, bei dem ein langsamer Prozess des Lebens plötzlich und sehr kurzfristig durch einen entscheidenden Moment unterbrochen werde. In diesem Vorgang zeige es sich, ob die Selbsterhaltungskräfte der Person oder des sozialen Systems zur Wiederherstellung der Gesundheit und Stabilität ausreichend sei. Krisen bedrohen die Identität eines Menschen, sind aber gleichzeitig eine Chance zur Wandlung und Entwicklung (Zeller-Forster, 2005a).

Heim (1980), zitiert in Zeller-Forster (2005a), hat eine Liste erstellt mit Erlebnissen, die als besonders belastend empfunden werden. Die Befragten stammten kontinentübergreifend aus verschiedenen Ländern. Folgende, nach Häufigkeit absteigende Antworten kamen heraus: Tod des Ehegatten, Scheidung, eheliche Trennung, Gefängnis, Tod eines nahen Verwandten, Verletzung oder Krankheit. Am Ende der Liste stehen Ereignisse wie Ferien, Weihnachten und kleine Gesetzesübertretungen (Heim, 1980, zitiert in Zeller-Forster 2005a). Im Zusammenhang mit der Reanimation fällt auf, dass der Tod gleich zweimal in den fünf meistgenannten Ereignissen genannt wird. Auch wenn die Reanimation erfolgreich ist, so kann doch davon ausgegangen werden, dass eine Verletzung oder Krankheit hinter diesem Ereignis steht. Dieser Begriff besetzt immer noch Platz sechs. Es kann also bei Reanimation in jedem Fall von einem stark belastenden Ereignis und einer Krise gesprochen werden.

Zum Erleben dieser Krise schreibt Zeller-Forster (2005a): „Die Krise bewirkt eine ausgesprochene Schwächung der gesamten Persönlichkeit. [...] Er [der Betroffene]

spürt Hilflosigkeit, Wut, emotionale Verwirrung und grosse Unsicherheit.“ (S. 55). Der Mensch befindet sich in einer Ausnahmesituation. Für Pflegefachpersonen ist es wichtig zu erkennen, wann sich ein Mensch in einer Krise befindet, um eine adäquate Begleitung anbieten zu können. Doenges/Moorhouse (1993) und Schnyder/Sauvant (1993) (beide zitiert in Zeller-Forster, 2005a) erwähnen verschiedene subjektive und objektive Merkmale, wie zum Beispiel fahrige Bewegungen, zielloses Umhergehen, angespannte Gesichtszüge, zitternde Stimme, Schreien und Fluchen sowie auch destruktives Verhalten gegenüber sich und anderen. Die Rolle der Pflege sieht Zeller-Forster (2005a) in Begleitung, Unterstützung, Anleitung und Beratung der sich in Krise befindenden Personen.

### **3. Methodologie**

Nachfolgend werden das Design der Bachelorthesis, sowie das genauere Vorgehen bei der Literaturrecherche beschrieben.

#### **3.1 Design**

Zur Beantwortung der Fragestellung wird eine systematische Literaturübersicht erstellt. Sie beinhaltet das Zusammenfassen und Bewerten wissenschaftlicher Studien, um den aktuellen Forschungsstand zu diesem Thema zu erfassen (Mayer 2007). Dazu werden relevante Studien kritisch analysiert, zusammengefasst und untersucht, welche mögliche Antwort auf die Fragestellung sich herauskristallisiert. Die Methode der Literaturübersicht entspricht den Anforderungen an eine Bachelorarbeit. Ein weiterer Vorteil sind die niedrigen Kosten und das Einhalten des gegebenen Zeitrahmens, da keine neuen Datensätze erhoben und ausgewertet werden müssen.

#### **3.2 Suchstrategie**

Die für die Literaturübersicht geeigneten Studien sucht der Autor in folgenden Datenbanken: PubMed (Medline) und NICE. Aufgrund des für eine Bachelorarbeit limitierten Budgets werden nur Studien berücksichtigt, welche über die Hochschule für Gesundheit Freiburg als kostenlose Volltextversion abgerufen werden können.

Geeignete Suchbegriffe setzen sich aus Kernbegriffen der Fragestellung zusammen. Diese müssen ins Englische übersetzt werden, da die gängigen Datenbanken mit englischsprachiger Literatur arbeiten (Mayer, 2007). Auf Pubmed kann mit sogenannten MeSH-Begriffen gesucht werden. Dabei handelt es sich um eine Wortvernetzung, die ähnliche Wörter miteinschliessen. Sofern möglich, werden diese verwendet. Die Kernbegriffe der Fragestellung sind: Begleitung/Betreuung [Englisch: care], Angehörige [MeSH: family], während der Reanimation [MeSH: resuscitation]. Der MeSH-Begriff „resuscitation“ schliesst unter anderem „cardiopulmonary resuscitation“ und „heart massage“ ein. Die drei Suchbegriffe werden kombiniert eingesetzt, also zum Beispiel: „care for family during resuscitation“. Die einzelnen Worte werden mit AND verknüpft, um nur Resultate zu finden, die alle Begriffe

beinhalten. Verschiedene Datenbanken bieten unterschiedliche Möglichkeiten zur Einstellung von Limiten ein, diese sind im Suchprotokoll (Anhang A) vermerkt.

Für die Studien, welche spezifisch die Anwesenheit von Angehörigen während der Reanimation betreffen, werden folgende Kombination verwendet: „family presence during resuscitation“ und „family witnessed resuscitation“.

### **3.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien**

Studien können in deutscher oder englischer Sprache sein. Um die Suche weiter einzugrenzen werden Studien zum Thema Anwesenheit der Familie während der Reanimation ausgeschlossen, die vor 2010 publiziert wurden, da drei Reviews vorliegen, welche diese Zeitspanne ausreichend abdecken (Doolin et al. (2009), Howlett et al. (2010), Egging et al. 20011). Es werden nur Studien berücksichtigt, bei denen reanimationspflichtige Person und deren Angehörige Erwachsene sind (vollendetes 18. Lebensjahr). Es wird ein akutes Setting gewählt, im Zentrum stehen Notfallstationen und Intensivpflegestationen. Aufgrund möglicher kultureller Unterschiede werden nur Studien berücksichtigt, die in westlichen Ländern durchgeführt worden sind (Europa, Australien, Amerika).

### **3.2.2 Anpassung des Fokus der Fragestellung**

Im Verlauf der Suche stellte sich heraus, dass sich beim Suchbegriff „care family resuscitation“ viele Studien zum Thema Begleitung von Angehörigen während der Reanimation finden lassen. Allerdings beziehen sich diese auf die Begleitung von Angehörigen, wenn diese der Reanimation beiwohnen („family presence during resuscitation“ beziehungsweise „family-witnessed resuscitation“). Es konnte keine Studie identifiziert werden, welche sich spezifisch um die Begleitung der Angehörigen ohne Beiwohnen der Reanimation bezieht. Die Fragestellung „Wie können Pflegefachpersonen Angehörige während einer Reanimation optimal betreuen?“ wird in dieser Literaturrecherche also unter dem Blickpunkt der Begleitung von Angehörigen, die der Reanimation beiwohnen, betrachtet. Die gefundenen Studien zu diesem Thema behandeln die konkrete Begleitung an sich nur am Rande. Oft geht es mehr um die Haltung der medizinischen Fachpersonen und der Patienten und Angehörigen. Auffallend ist, dass die Anwesenheit von Angehörigen in der aktuellen Literatur kaum zur Diskussion steht, aber diese Praxis doch nicht verbreitet zu sein scheint. Deshalb werden in dieser Arbeit nebst der Begleitung der

Angehörigen auch Faktoren betrachtet, die die Umsetzung begünstigen oder auch verhindern. Der Autor hat beschlossen, die ursprüngliche Fragestellung nicht komplett zu ändern, da dies dem wissenschaftlichen Prozess nicht Rechnung tragen würde. Deshalb wird die obenstehende Anpassung hier im methodischen Teil der Arbeit vorgenommen.

### **3.3 Analyse**

Die systematischen Literaturübersichten werden mittels des Beurteilungsbogens von Behrens & Langer beurteilt (Anhang B). Für qualitative Studien wird für die kritische Analyse der Beurteilungsbogen von Behrens & Langer (2004) herangezogen (Anhang F). Die Qualitätsüberprüfung von quantitativen Studien erfolgt mittels Beurteilungsbogen von LoBiondo & Haber (2005) (Anhang D). Damit eine Studie einbezogen wird, muss sie mindestens 70% der möglichen Punkte erreichen.

Die Ergebnisse der Studien werden in einer Tabelle im Kapitel Resultate zusammengefasst dargestellt, was einen Überblick über die Resultate und den Vergleich verschiedener Studien ermöglicht. Der Autor wird zur Auswertung anhand von übergeordneten Begriffen, die sich aus den Zusammenfassungen ergeben, Kernthemen bilden, um eine Synthese zu verfassen. Anschliessend werden die Resultate mit dem oben erwähnten Konzept in Verbindung gestellt und diskutiert.

## 4. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der gefundenen Studien aufgezeigt. Dies erfolgt durch Bildung und Besprechung von Kernthemen, welche in den unterschiedlichen Studien und Literaturübersichten immer wieder auftauchen. Eine kurze Zusammenfassung der einbezogenen Studien sowie deren Beurteilung finden sich im Anhang C, E und G.

Für den Suchbegriff „care for family during resuscitation“ wurden ohne Limite auf Pubmed im August 2012 1772 Resultate erzielt. Davon wurden 252 im Jahr 2010 oder später publiziert. Viele davon behandeln das Themengebiet „End of Life Care“. Dabei geht es gemäss der Abstracts überwiegend um das Gebiet der Sterbebegleitung im onkologischen Kontext. Obwohl die Begleitung von Angehörigen während der Reanimation je nach Ausgang der Reanimation auch als eine Art Sterbebegleitung ist, ist der Kontext ein anderer und diese Studien wurden daher ausgeschlossen. Auch Studien rund um Patientenverfügungen und Verweigerung lebensverlängernder Massnahmen erscheinen als Suchresultate. Allerdings behandeln diese nicht den akuten Kontext einer Reanimation, sondern vielmehr die Entscheidungsfindung und Einbezug der Familie in der Diskussion. Ebenfalls ausgeschlossen werden Studien, die zwar die Begleitung von Angehörigen während der Reanimation behandeln, die aber im pädiatrischen Setting durchgeführt worden sind. Die Suchbegriffe zu „family presence during resuscitation“ und „family witnessed resuscitation“ erzielten deutlich weniger Treffer (ohne Limite 296, respektive. 99), die Ergebnisse überschneiden sich mit vorgehend erwähntem Suchbegriff. Insgesamt wurden 30 Studien gefunden, die näher angeschaut wurden. Am Ende blieben 10 Studien übrig, die den Ein- und Ausschlusskriterien sowie auch den qualitativen Ansprüchen genügten und einbezogen wurden. Genauere Informationen finden sich im Suchprotokoll (Anhang A). Eine Kurzübersicht gibt die Tabelle auf folgenden Seiten.

Obwohl die 3 Reviews von Doolin et al, (2009), Howlet et al. (2010) und Egging et al. (2011) einen ähnlichen Zeitraum betrachten, werden sie alle einbezogen. Sie verwenden nicht exakt dieselben Datenbanken und Suchbegriffe, auch wenn sich diese überschneiden. Ausserdem kann so

verifiziert werden, ob ein Konsens besteht. Des Weiteren setzen sie den Fokus leicht unterschiedlich und Verfolgen nicht exakt dieselbe Forschungsfrage





## 4.1 Übersicht Resultate

Artikel / Land	Design / Setting	Ziel	Methode	Stichprobe	Resultate
Oman, 2010  USA	Deskriptive Querschnittstudie  Akutspital	Häufigkeit von FP bestimmen. Erfahrung von Fachpersonen mit FP untersuchen.	Fragebogen, 5-Punkte-Likertskala und offene Fragen. Deskriptive Statistik und qualitative Analyse	65 med. Fachpersonen, die bei FP dabei waren	88%: keine Beeinträchtigung Teamkommunikation 59%: Angeh. tolerieren emotionale Stresssituation 70%: Angehörige profitieren von FP Kernthema: FP für Angeh. von Vorteil, FP ist emotional und Begleitperson ist wichtig.
Lowry, 2012  USA	Qualitativ  Notfall	Nutzen / Nachteile für Angehörige und Definition FP aus Sicht von Notfallpflegefachkräften.	Tiefeninterviews, offene und halboffene Fragen Inhaltsanalyse und Codierung in Kategorien	Gelegenheitsstichprobe n=19	Nutzen: Angeh. sehen Veränderung des Zustandes über Zeit, sehen, dass alles Mögliche getan wurde, FP wird als Einbezug der Angehörigen und Unterstützung/Begleitung derselben erlebt. Keine neg. Auswirkung beobachtet.
Feagan & Fisher 2011  USA	Prä-Post Design, Interventionsstudie  Akutspital (insb. Notfall)	Phase I: Lokale Trends der Haltung gegenüber FWR untersuchen. Phase II: Effekt einer Weiterbildung in FWR (evidence based) testen.	Fragebogen, 4-Punkt-Likertskala  Intervention: Weiterbildung FWR	Phase I: 27 Ärzte, 113 Pflegende  Phase II: 25 Pflegefachpersonen, keine Ärzte	Viel CPR-Erfahrung und auch Erfahrung mit FWR haben einen positiven Einfluss auf die Haltung.  Weiterbildung zu FWR hat einen positiven Effekt.

Chapman et al. 2012  Australien	Querschnittstudie	Hintergrund der Haltung der Fachpersonen gegenüber FWR unter Einbezug ihrer Selbstsicherheit, Risiko/Nutzen und persönlicher Bevorzugung bzgl. FWR.	Fragebogen R-BS: 5-Punkte-Likerskala, 20 FWR-Items S-CS: 5-Punkt-Likerskala, 16 Items Selbstsich.  2 offene Fragen am Ende	Gelegenheitsstichprobe Pfleger + Ärzte Notfall	PFP und Ärzte mit höherer Ausbildung, mehr Erfahrung, mehr FWR-Erfahrung und die eigene Familienmitglieder bei „ihrer“ Reanimation dabei haben möchten, sehen weniger Risiken und mehr Nutzen von FWR und waren überzeugter von ihrer Fähigkeit mit FWR umzugehen. PFP (mehr als Ärzte) möchten, dass FWR in Patientenverfügung steht.
	Notfallstation				
James et al. 2011  England	Phänomenologisch	Die Erfahrungen von PFP und Seelsorgern in der Rolle als Begleitperson bei FPDR untersuchen.	Tiefeninterview. Bildung von Clustern mit Hauptthemen.	Zielstichprobe, 4 PFP, 3 Seelsorger	Herauskristallisierte Schlüsselthemen: Assessment, Wahl geben, im Setting bewegen, fortlaufender Kommentar, den Tod akzeptieren, Konflikt und Unterstützung
	Akuthospital (allg. Bereich, OP, IPS)				
Köberich et al. 2010  Deutschland	Deskriptive Umfrage	Erfahrung mit und Haltung gegenüber FWR von deutschen Intensivpflegenden	Fragebogen FWR-Erfahrung: dichotom FWR-Haltung: 30 Item, 5-Punkte-Likerskala  Offene Frage für beliebigen Kommentar zum Thema FWR.	Gelegenheitsstichprobe 166 PFP an einer IPS-Konferenz	68% finden, dass Angehörige keine FWR-Option haben sollten. 56% waren besorgt, dass FWR fachliche Leistung beeinträchtigt wird 61% sind einverstanden, dass FWR das bessere Verständnis unter Angehörigen fördern könnte Qualitative Elemente: Individuelle Entscheidung, Familien unterstützen, Gefahr von Gewalt, Beteiligung der Familie
	IPS				

Compton et al. 2011  USA	prospektiv, quasi-experimentell	Vergleich von Auftreten von Symptomen wie PTSD oder trauerbezogene Depression nach erfolgloser Reanimation bei Angehörigen die im Warteraum verweilten und Angehörigen, denen FWR angeboten wurde.	Angehörige an 2 vergleichbaren Spitälern. 1 Gruppe wurde FWR angeboten, der anderen nicht. Erhebungen: 30 und 60 Tage nach Ereignis  Telephonische Befragung anhand geprüfter Instrumente	65 Angehörige (24 FWR, 41 non-FWR)	Kein Einfluss auf PTSD- oder Depressionssymptome der FWR und non-FWR Gruppen.
	Städtisches Notfallzentrum				
Egging et al. 2011	Review	Pflegenden evidenzbasierte Empfehlungen für die Praxis mit FP geben.	Literaturübersicht 2005-2009		Einige Evidenz: Pat bevorzugen Anw. Starke Evidenz, Angehörigen möchten Option FP haben. Keine Evidenz: negativen Einfluss von FP auf Angehörige. Evidenz: Fachp. wünschen spez. Begleitperson. Evidenz: schriftl. Richtlinien geben Struktur und Unterstützung. Empfehlung: FP geeigneten Angehörigen anbieten, Richtlinie erarbeiten.

Howlett et al. 2010	Review	Welches ist die Haltung von medizinischem Fachpersonal gegenüber FPDR?	Literaturübersicht 1998-2008		<p>Generell wird FP von Fachpersonen unterstützt.</p> <p>Pflegefachpersonen haben signifikant positivere Haltung als Ärzte.</p> <p>FP wird grundsätzlich als zusätzliche Belastung für das Personal angesehen.</p> <p>Medizinisches Wissen der Angehörigen beeinflusst Haltung der Fachperson.</p> <p>Es gibt genug Evidenz, FP einzuführen. Dies unter Berücksichtigung der kontroversen Themen.</p>
Doolin et al. 2009	Review	Die Studie soll beste vorhandene Evidenz aufzeigen und Implementierung von FP ermöglichen.	Literaturübersicht 1980-2009, mit Fokus auf letzte 10 Jahre		<p>Gründe gegen FP: Angst vor psychischem Trauma für Familie, Familie kann das Team ablenken/stören, rechtlichen Schritten. Auch Platzbedarf und genügend Personal.</p> <p>Für FP: Stärkung des Vertrauens zwischen Angehörigen/Pflegenden, Förderung der Zusammenarbeit, Familie kann Ernst der Lage sehen, emotionale Bedürfnisse erfüllen, zeigen, dass alles Mögliche getan wurde, FP stärkt Wertschätzung, hilft beim Trauerprozess.</p>

## **4.2 Haltung gegenüber Angehörigenanwesenheit während Reanimation**

Dieses erste Thema wird in verschiedenen Studien und aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet und ist inzwischen gut erforscht. Dabei tauchen immer wieder ähnliche Kernthemen auf, welche im Folgenden besprochen werden.

### **4.2.1 Haltung von Patienten und Angehörigen**

Doolin et al. (2009) erwähnen in ihrer Review mehrere Studien die aussagen, dass Angehörige wünschen, bei der Reanimation dabei zu sein und dies zum Teil auch als ihr Recht bezeichnen. Dem stimmen auch Egging et al. (2011) zu und geben starke Evidenz an, die dafür spricht, dass Angehörige die Option FP haben möchten. Compton, Levy, Griffin, Waselewsky, Mango, & Zalenski (2011) stützen sich für ihre Arbeit auf mehrere Studien, die den Wunsch der Angehörigen nach FP bestätigen und auch Köberich, Kaltwasser, Rothaug, & Albarran (2010) berichtet Übereinstimmendes. Lowry (2012) gibt folgenden Nutzen für Angehörige an, die FP miterleben: sie können erkennen, dass das Reanimationsteam alles Mögliche getan hat, die Angehörigen fühlen sich einbezogen und sie sehen die Entwicklung des Zustandes über die Zeitdauer der Intervention. Womöglich haben Angehörige, die rausgebeten werden, kurz zuvor mit der ihnen nahestehenden Person gesprochen oder sie hat zumindest noch Lebenszeichen gehabt. Das Nächste was die Angehörigen mitbekommen ist unter Umständen die Mitteilung durch den Arzt über den Tod. Wenn sie hingegen dabei sind, wird ihnen ermöglicht, den Verlauf zu sehen und den Ernst der Lage zu erkennen und auch Abschied zu nehmen (James, Cottle, & Hodge, 2011). Dem stimmen Doolin et al. (2009) zu. Während Compton et al. (2011) keine Beeinflussung des Outcome (Depression, PTSD) der Angehörigen durch FP nachweisen konnten, erwähnen Doolin et al. (2009) Studien, in denen Angehörige bestätigen, dass dadurch der Trauerprozess erleichtert wurde.

Zur Haltung der Patienten selber gibt es weniger Informationen. Dies wird unter anderem mit der niedrigen Überlebensrate erklärt (Doolin et al., 2009). Die Daten die vorliegen zeigen, dass Patienten positiv darauf reagiert haben, dass ihre Angehörige anwesend sein durften. Sei dies, weil die Angehörigen sich so für ihre Rechte einsetzen konnten oder weil sie die Anwesenheit der Angehörigen spüren konnten (Doolin et al., 2009). In einer Studie von Mortelmann (2009, zitiert in Egging et al. 2011) berichtet er, dass befragte Patienten in kritischem Zustand sich wünschten,

dass im Falle einer Verschlechterung, ihre Angehörigen der Reanimation beiwohnen dürfen.

#### **4.2.2 Haltung von Fachpersonen**

Die Haltung und das Wissen von Fachpersonen ist gemäss Chapman, Watkins, Bushby, & Combs (2012) der wichtigste Grund dafür, warum Angehörige draussen bleiben müssen. Eine zunehmende Anzahl von Pflegefachpersonen und Ärzten haben eine positive Haltung gegenüber FP (Egging et al., 2011, Doolin et al. 2009) und wird inzwischen von der Mehrheit unterstützt (Howlett, Alexander & Tsuchiya, 2010). Trotzdem ist das Thema gemäss diverser Studien weiterhin umstritten (Feagan & Fisher, 2011, James et al., 2011, Köberich, et al. 2010). So berichtet Köberich et al. (2010) in seiner Studie gar von 68% der befragten, die gegen FP seien. Mit zunehmender Reanimationserfahrung und insbesondere FP-Erfahrung, werden die Haltungen der Fachpersonen positiver (Feagan & Fisher, 2011, Chapman et al., 2012). Auch durch Weiterbildung zu diesem Thema, wird die Haltung positiv beeinflusst (Feagan & Fisher, 2011). Grundsätzlich lässt sich sagen, dass Pflegefachpersonen eine leicht positivere Haltung gegenüber FP haben, als Ärzte (Howlett et al., 2010). Über die Gründe der Haltung von Pflegefachkräften gegenüber FP ist sich die Literatur inzwischen ziemlich einig. Im Folgenden werden diese Gründe besprochen: zuerst jene, welche zu einer negativen Haltung führen und anschliessend jene, welche zu einer positiven Haltung führen.

#### **4.2.3 Negative Aspekte**

Zu den meist genannten Gründen, die die negative Haltung erklären, gehört die Angst, dass Angehörige den Reanimationsablauf stören könnten (Egging et al., 2011, Oman & Duran, 2010, Howlett et al., 2010). Bei Köberich et al. (2010) teilten 79.5% der Befragten diese Befürchtung. Gemäss Chapman et al. (2012) teilen Ärzte diese Meinung stärker als Pflegende und insgesamt geben noch viele Fachkräfte mit negativer Haltung, die mögliche Störung als Grund dafür an. Er bezeichnet dies in der gleichen Studie aber als unbegründet. Störung kann den Ablauf betreffen oder die Kommunikation im Team (Oman & Duran, 2010) Demgegenüber stehen diverse Studien, die keine Beeinträchtigung des Ablaufes zeigen (Egging et al., 2011). In der Studie von Oman & Duran (2010) wurde in 88% der Fälle die Kommunikation nicht negativ beeinflusst. Hingegen wird FP als Gelegenheit erwähnt, in der offene

Kommunikation zwischen Angehörigen und Familien gelebt werden kann (Howlett et al., 2010). Doolin et al. (2009) berichtet, dass FP weder pflegerische Interventionen noch die Fähigkeit Entscheidungen zu treffen negativ beeinflusst. Obwohl Lowry (2012) von Angehörigen berichtet, die schreien oder wütend werden, kann das dortige Team gut damit umgehen.

Ein weiterer Grund für die negative Haltung ist die Angst, dass FP für die Angehörigen ein traumatisches Erlebnis sein könnte (Doolin et al., 2009, Howlett et al., 2010, Oman & Duran 2010, Egging et al., 2011). Howlett et al. (2010) führen an, dass die Haltung von Fachpersonen gegenüber FP weniger negativ ist, wenn die Angehörigen Fachpersonen sind oder zumindest gewisse medizinische Kenntnisse haben. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass die Fachpersonen annehmen, dass durch die Kenntnis die Reanimation weniger traumatisch erscheint. Egging et al. (2011) finden in keiner der untersuchten Studien Hinweise auf negativen Einfluss von FP. In der Studie von Oman & Duran (2010) berichten die Befragten, dass bei fast 60% der Reanimationen, die Angehörigen in der Lage waren, den emotionalen Stress zu tolerieren. In 70% der erlebten Reanimationen berichten die befragten Fachpersonen von einem positiven Einfluss von FP auf die Angehörigen. Compton et al. (2011) können weder einen negativen, noch einen positiven Effekt auf das Outcome von Depression und PTSD bei Angehörigen feststellen, welche FP erlebt haben.

Leistungsdruck und erhöhter Stress (auch emotional) oder gar eine Art Lampenfieber wird auch als Grund angegeben, warum Fachpersonen eine negative Haltung gegenüber FP haben (Doolin et al., 2009, Howlett et al. 2010, Oman & Duran, 2010, Egging et al., 2010). Die Studienteilnehmer von Köberich et al. (2010) sagten aus, dass ihre Leistung leiden würde, wenn sie beobachtet würden. Allerdings finden Egging et al. (2010) keinen negativen Einfluss von FP auf die Leistung. In den von ihm erwähnten Studien wurde dies mit Zeitmessung bis zum Ergreifen bestimmter Massnahmen gemessen: es konnte kein signifikanter Unterschied gefunden. Die zusätzliche Belastung durch die Anwesenheit von Angehörigen und deren Trauerreaktionen bestätigen auch Pflegefachkräfte, die geübt in FP sind (Lowry, 2012, Oman & Duran, 2010).

Neuere Studien wie auch die Reviews berichten übereinstimmend, dass viele Fachpersonen Angst vor rechtlichen Schritten durch anwesende Angehörige haben (Howlett et al., 2010, Doolin et al., 2009, Egging et al., 2011, Oman & Duran, 2010, Köberich et al. 2010). Pflegefachkräfte die an der Studie von McClenathan et al (2002, zitiert in Howlett et al., 2010) teilnahmen, denken, dass die Gefahr rechtlicher Schritte nach Einführung sogar abnehmen könnte, da Angehörige besser verstehen können, was geschehen ist. Ärzte derselben Studie hatten deutlich mehr rechtliche Bedenken. McClenathan führt dies auf die grössere rechtliche Verantwortung der Ärzte zurück (Howlett et al, 2010). In der Studie von Lowry (2012) konnte aber keine der befragten Pflegefachpersonen trotz mehrjähriger FP-Erfahrung von rechtlichen Schritten berichten, die von Angehörigen nach FP eingeleitet worden wären.

Howlett et al (2010) berichten von einer Studie, in der einige medizinische Fachkräfte bekunden, bei FP auch in aussichtslosen Situationen eine aggressivere Haltung der Reanimation einzunehmen. Andererseits kann FP den Angehörigen auch auf den Abbruch der Massnahmen vorbereiten (Howlett et al., 2010).

Institutionelle Faktoren spielen auch eine Rolle. So brauche es für FP Räumlichkeiten, die den Angehörigen genügend Platz bieten (Doolin et al., 2009, Howlett et al., 2010, Eine zusätzliche Person die, die Angehörigen betreut ist je nach Personalbestand nicht immer vorhanden und fehlt dann unter Umständen dem Reanimationsteam. Ein Fehlen dieser Person kann die Haltung negativ beeinflussen (Howlett et al., 2010).

#### **4.2.4 Positive Aspekte**

Hier wird gleich an vorhergehenden Abschnitt angeknüpft. Ein Grund für die positive Haltung kann sein, dass FP den Angehörigen den Ernst der Lage vor Augen führt und sie so auf einen möglichen Abbruch der Reanimationsbemühungen vorbereiten (Howlett et al., 2010, Doolin et al., 2009, Lowry, 2012). Obwohl in der Studie von Köberich et al. (2010) 68% der befragten Pflegefachkräfte sagen, dass FP keine Option sein sollte, sind gleichzeitig 61% der Meinung, dass FP das Verständnis der Angehörigen fördern könnte. Auch in der phänomenologischen Studie von James et al. (2011) stellt sich heraus, dass Erklärungen an die Angehörigen während der Reanimation ein wichtiger Aspekt seien und verbindet damit auch die Vorbereitung der Angehörigen, auf einen negativen Ausgang. Lowry (2012) spricht sogar davon,



dass die Anwesenheit von Angehörigen die Bemühungen des Teams validiert. Die Sichtbarmachung der Anstrengungen des Teams wird auch in weiteren Studien erwähnt (Doolin et al., 2009, Howlett et al., 2010, Köberich et al., 2010, Oman & Duran, 2010, Egging et al., 2011).

Einige Studien weisen darauf hin, dass FP die Würde der/der Patienten unterstreicht und berichten von einer Abnahme an schwarzem Humor (Doolin et al., 2009, Egging et al., 2011). Egging et al. (2011) sprechen in ihrer Review sogar von einer Humanisierung.

Für den Trauerprozess kann FP gemäss einiger Literatur auch förderlich sein. Hier scheint ziemliche Einigkeit zu herrschen, denn dieser Punkt wird sowohl in den Reviews, als auch im theoretischen Rahmen verschiedener Studien erwähnt (Doolin et al., 2009, Howlett et al., 2010, Egging et al., 2010, Oman & Duran, 2010, Köberich et al., 2010). Demgegenüber hat Compton et al. (2011) keinen Unterschied bei Hinweisen auf einen negativen Verlauf des Trauerprozesses (Depression, PTSD) zwischen den FP und nicht-FP Gruppen gefunden. Aufgrund der kleinen Stichprobe, ist das Resultat aber nicht abschliessend aussagekräftig und es wird auf die Reviews verwiesen. Im theoretischen Rahmen dieser Arbeit, werden zwei Autoren zur Beschreibung der Trauer herangezogen. Beide teilen die Trauer in ähnliche Abschnitte auf, die chronologisch nicht streng getrennt werden können. Worden (zitiert in Gerken, 2002) spricht als erstes von „Verlust als Realität akzeptieren“, während Kast die erste Phase als diejenige des Nicht-wahrhaben-wollens bezeichnet. Beide haben gemeinsam, dass es darum geht, das Geschehene zu realisieren.

Der Wunsch, dass FP in einer schriftlichen Richtlinie festgehalten wird, wurde insbesondere durch Pflegefachpersonen verschiedentlich geäussert (Egging et al., 2011, Howlett et al. 2010, Feagan et al., 2011). Doolin et al. (2009) nennen Evidenz, die darauf hindeutet, dass der Widerstand gegen FP ohne schriftliche Richtlinie deutlich höher ist.

### **4.3 Begleitung von Angehörigen während der Reanimation**

Es gibt erstaunlicherweise sehr wenige Studien, die sich mit der konkreten inhaltlichen Begleitung der Angehörigen während der Reanimation auseinandersetzen. Dennoch kann aus obenstehenden Ergebnissen und aus Hinweisen und Vorschlägen diverser Studien und Reviews Aussagen darüber abgeleitet werden, wie FP aussehen sollte.

Immer wieder wird erwähnt, dass es wichtig ist, eine speziell zugeteilte Begleitperson für Angehörige zu haben (James et al., 2011, Lowry, 2012, Doolin et al., 2009, Egging et al., 2011). Genaue Beschreibungen der Rolle und Aufgabe dieser Person gibt es gemäss Doolin et al. (2009) nicht. Auch bei Lowry (2012) bleiben die Aussagen zur genauen Rollenbeschreibung der Begleitperson eher vage. Dies bestätigt sich auch dadurch, dass kaum Forschungsartikel dazu gefunden werden konnten. Am häufigsten übernehmen Pflegefachpersonen oder Spitalseelsorger die Rolle der Begleitperson, (Lowry, 2012, James et al., 2011, Doolin, 2009). aber auch Sozialarbeiter kommen in Frage (Doolin et al., 2009). Gemäss James et al. (2011) haben Pflegefachpersonen den Vorteil mit der Reanimation, den medizinischen Informationen und dem Team vertraut zu sein. Dies erleichtere die Akzeptanz durch das Reanimationsteam (James et al., 2011). Pflegefachpersonen stehen häufig unter Zeitdruck und müssen nach der Reanimation einer anderen Tätigkeit nachgehen (James et al., 2011). Seelsorger verfügen dafür über mehr Erfahrung in Trauerbegleitung und in der spirituellen Begleitung von Personen und können die Angehörigen über den Reanimationsprozess hinaus begleiten. Allerdings sind Seelsorger nicht immer kurzfristig verfügbar (Lowry, 2012). Die Begleitperson ist die Schnittstelle zwischen Reanimationsteam und Angehörigen. Sie bereitet Angehörige auf das vor, was sie sehen werden, beantwortet Fragen, gibt laufend Informationen und ist vor allem auch für emotionale Unterstützung zuständig (James et al., 2011). Der Begleitperson kommt zuteil, die Begleitung so zu gestalten, dass die Angehörigen den Reanimationsablauf nicht stören (Doolin et al., 2009). Die ständige Beurteilung des Verhaltens der Angehörigen gehört gemäss James et al. (2011) und auch Doolin et al. (2009) zu einem reibungslosen Ablauf.

Ein ganz wesentlicher Aspekt ist auch, dass von FP immer als Option – wie von Angehörigen gewünscht (Egging et al., 2011) – gesprochen wird. FP ist nicht für alle

Angehörigen geeignet (Doolin et al., 2009, Howlett et al., 2010). In den FP-Richtlinien des Universitätsspitales von Colorado, welche von Oman & Duran (2010) zitiert werden, sind folgende Kriterien für das Anbieten von FP genannt: Angehörige angemessene Copingstrategien aufweisen, ausreichende emotionale Stabilität, kein aggressives Verhalten, keine extreme emotionale Instabilität oder Anzeichen auf stark veränderten psychischen Zustand aufweisen. In Bezug zu der im theoretischen Teil beschriebenen Konzepten, sind das in Anbetracht der Situation sehr hohe Erwartungen an die Angehörigen. James et al. (2011) beschreiben zum Beispiel Fälle, in denen Angehörige nicht mehr geeignet waren für FP, weil sie sehr aufgebracht waren und unkontrolliertes Verhalten an den Tag legten. Dies kann die Sicherheit der Angehörigen und des Teams gefährden (Defibrillator, diverse spitze Instrumente). Angehörige sollten den Raum jederzeit verlassen und wieder betreten können und dies in Begleitung der ihnen zugeteilten Person (James et al., 2011, Lowry, 2012).

Diese Begleitperson erfährt eine hohe emotionale Belastung durch diese Tätigkeit. Verschiedene Literatur betont die Wichtigkeit der Unterstützung der Begleitpersonen bei der Verarbeitung ihrer Erlebnisse (Lowry, 2012, James et al., 2011).

## **5. Diskussion der Resultate**

### **5.1 Interpretation der Ergebnisse**

Obwohl in Studien übereinstimmend von zunehmender Unterstützung für FP gesprochen wird (Doolin et al., 2009, Howlett et al., 2010, Egging et al., 2011), wird FP nur zögerlich umgesetzt. Die Zahl der Spitäler, welche eine Richtlinie für FP haben, wird in verschiedenen Studien mit 5% bezeichnet. Sie beziehen sich dabei auf eine amerikanische Studie von McLean et al. aus dem Jahre 2003 (Doolin et al., 2009, Howlett et al., 2010). Trotzdem sagen in der gleichen Studie 45% der Befragten aus, dass sie FP informell erlauben, während 29% es verbieten. Howlett et al. (2010) und Egging et al. (2011) kommen übereinstimmend zum Ergebnis, dass es genug Evidenz gibt, um FP an Institutionen einzuführen. Dem schliesst sich die Emergency Nurses Association (2010) an und befürwortet in ihrer Stellungnahme FP. Inzwischen bieten einzelne Abteilungen die Möglichkeit FP über viele Jahre zu beurteilen und berichten dabei fast ausschliesslich von positiven Erfahrungen (Lowry, 2012). Die Thematik FP ist facettenreich und wird multifaktoriell beeinflusst. Wertvorstellungen wie kulturelle und religiöse Aspekte sollten betrachtet werden, da diese die Haltung ebenfalls beeinflussen können. Als Beispiel sei hier eine Studie von Denir (2008, zitiert in Egging et al., 2011) genannt, die berichtet, dass 82% der Fachkräfte einer Notfallstation FP ganz klar ablehnen. Er erklärt sich dies mit kulturellen Unterschieden zu westlicheren Ländern, erwähnt aber gleichzeitig dass 86% der Teilnehmenden sich noch nie mit Forschung zu diesem Thema beschäftigt haben. Ob das Ergebnis nun durch kulturellen Unterschied oder durch fehlende Auseinandersetzung mit dem Thema zustande kommt, ist schwierig zu beurteilen. Solche Beispiele zeigen die Komplexität des Themas auf. Die Komplexität des Themas spiegelt sich auch im theoretischen Rahmen wieder. Dieser zeigt auf, dass sowohl eine Trauer und Krisensituationen individuell sehr unterschiedlich erlebt und gelebt werden. Verschiedene Menschen haben in dieser Situation unterschiedliche Haltungen und Bedürfnisse.

Die Tatsache, dass Weiterbildung und Erfahrung mit dem Thema FP zu einer positiveren Haltung führt (Feagan & Fisher, 2011), zeigt, dass das FP tatsächlich etwas Positives zu sein scheint, wenn es richtig umgesetzt wird. Ansonsten müsste

Beschäftigung mit der Thematik dazu führen, dass die negative Haltung zunimmt. Die positiven Aspekte überwiegen die angeführten Bedenken.

Besonders Notfallpflegefachkräfte scheinen eine Vorreiterrolle in der Thematik rund um FP zu spielen (Lowry, 2012), wie auch Feagan & Fisher (2011) bestätigen. Notfallpflegende haben am ehesten Erfahrung mit FP und würden sich daher eignen, an der Implementierung einer FP-Richtlinie mitzuarbeiten (Oman et al., 2010). Feagan & Fisher (2011) und Doolin et al. (2009) bringen dies in Zusammenhang mit der familienzentrierten Pflege, dank der Angehörige an Wichtigkeit gewonnen haben und in die Pflege integriert werden. Die ganzheitliche und familienzentrierte Sicht, die Pflegefachkräften in ihrer Ausbildung vermittelt wird, kann auch ein Grund dafür sein, warum Pflegende gegenüber FP offener sind als Ärzte. Der Autor hat im Rahmen seiner Recherchen folgendes Zitat in einer Arbeit über familienzentrierte Pflege in Intensivpflegestationen gefunden: „Family members are not visitors. They are members of the patient’s family with the right to participate in the care of their beloved one.“ (Latour, 2005, S. 51). [freie Übers. durch Autor: Familienmitglieder sind nicht Besucher. Sie sind Mitglieder der Familie des Patienten, mit einem Recht darauf, an Pflege ihres Geliebten teilzunehmen]. Im Verlauf der Arbeit geht Latour (2005) auf breiter gefasste Meinung des Wortes Familie im Sinne von Angehörigen ein. Auf den Kontext von FP bezogen, ist klar, dass die Angehörigen sich nicht aktiv beteiligen können oder sollen. Der Grundgedanke, dass sie einbezogen werden sollten, bleibt aber bestehen.

Die diversen angeführten Bedenken der medizinischen Fachkräfte sind gut nachvollziehbar. Diese intensive Form der Begleitung von Angehörigen in einer Krise stellt sehr hohe Anforderungen. Es kommt unweigerlich zu einer Konfrontation mit eigenen Emotionen in Bezug zu Reanimation und Tod. Auch religiöse Ansichten haben einen Einfluss. Aber auch Berufsethische Themen spielen eine Rolle (Schweizerischer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern [SBK], 2003). Die Angehörigen der Reanimation beiwohnen zu lassen, kann als „Gutes tun“ ausgelegt werden, da es mit der Absicht geschieht, den Angehörigen in dieser Situation und unter Umständen im Trauerprozess zu helfen. Gleichzeitig kann das Prinzip „nicht schaden“ gefährdet sein. Kommt es zu einer Störung der Reanimation, kann dies dem Patienten schaden. Es wäre auch denkbar, dass es Angehörige gibt,

die den Anblick nicht ertragen, einen Schwächeanfall erleiden oder durch die gesehenen Bilder längerfristig belastet werden. Gleichzeitig müssen Pflegefachkräfte auch die Würde des Patienten schützen (SBK, 2003).

Beim Entscheid, ob sich gewisse Angehörige für FP eignen oder nicht, sollten nach Meinung des Autors, nebst den im Kapitel 4.3 genannten Punkten nach Oman & Duran (2010), wie Aggressivität, emotionale Instabilität usw. noch ein weiterer Aspekt betrachtet werden. Gemeint ist der kulturelle und religiöse Hintergrund des Patienten und seinen Angehörigen. Es ist schliesslich gut möglich, dass es sich beim Patienten und seinen Angehörigen um Menschen mit Migrationshintergrund handelt. Hinweise für gute transkulturelle Pflege in der Praxis gibt Domenig (2007).

Trotz aller Evidenz, die für FP spricht, darf nicht vergessen werden, dürfen die Risiken, die angesprochen wurden nicht ausser Acht gelassen werden. Insgesamt verläuft FP positiv. Dennoch gibt es natürlich auch hier Ausnahmesituationen. Köberich et al. (2010) berichten von einer Situation, in der eine Reanimation über drei Stunden gedauert hat, weil der Bruder des Patienten mitunter Morddrohungen gegen Teammitglieder ausgesprochen hat, sollte die Reanimation erfolglos sein. Natürlich ist dies ein Einzelfall, aber auch auf solche Eventualitäten muss man vorbereite sein, wenn FP eingeführt wird.

## **5.2 Qualität der Ergebnisse**

Zahlreiche Studien sind vorhanden und es zeichnet sich in Reviews ein Trend hin zu FP ab. Allerdings sind die Resultate zum Teil schwer vergleichbar, da die Studien einige methodische Unterschiede aufweisen. So schliessen zum Beispiel verschiedene Studien invasive Eingriffe ein, während andere nur von Reanimation sprechen. Auch die Erfassung der Haltungen der Angehörigen oder Fachpersonen erfolgt nicht immer auf dieselbe Weise, was einen direkten Vergleich erschwert.

Die Forschung gestaltet sich dadurch schwierig, dass es aufwändig ist, randomisiert kontrollierte Studien mit hoher Evidenz durchzuführen, da Reanimationen auch an grossen Spitälern im Vergleich zu anderen Krankheitsereignissen eher selten sind und sehr unerwartet auftreten. Nicht alle Angehörige möchten FP nutzen und nicht

alle kommen dafür in Frage. Compton et al. (2011) nennen noch einen weiteren Grund, der RCT erschwert: wenn in der entsprechenden Abteilung starke Meinungsunterschiede herrschen, besteht die Gefahr, dass die Randomisierung nicht eingehalten wird. Erhebungen müssen zeitnah erfolgen, damit sich die Personen an das Geschehen erinnern. Bei der Erforschung des Einflusses von FP auf den Trauerprozess sind mehrere zeitlich versetzte Erhebungen über einen längeren Zeitraum notwendig. Wie im theoretischen Teil erläutert, befinden sich die Angehörigen in dieser Phase in einer Krise. Eine Befragung durch Forschende kann eine zusätzliche Belastung in einer ohnehin schweren Zeit darstellen, was grundlegende ethische Fragen aufwirft.

Noch fehlen in diesem Bereich genügend Studien, die eine hohe Stufe der Evidenzhierarchie aufweisen (Anhang G). Häufig finden sich in diesem Bereich qualitative Studien, deren Ergebnisse sich kaum oder nur bedingt verallgemeinern lassen. Die qualitativen Studien sind bei FP zwar enorm wichtig, aber für evidenzbasierte Richtlinien alleine nicht ausreichend. Aber auch die quantitativen Studien sind oft in der Grösse ihrer Stichprobe beschränkt, da es sehr aufwändig ist, eine solche Erhebung an mehreren grossen Institutionen gleichzeitig durchzuführen. Die Qualität der Ergebnisse dieser Arbeit werden massgeblich durch die drei Reviews von Doolin et al. (2009), Howlett et al. (2010) und Egging et al. (2011) beeinflusst, da diese ein höheres Evidenzniveau aufweisen, als Einzelstudien.

### **5.3 Stärken und Schwächen der Arbeit**

Die Studien, die in dieser Literaturübersicht gefunden wurden, sind alle sehr aktuell und werden durch ebenfalls aktuelle Reviews gestützt. Durch die Anzahl gefundener Studien konnte auch eine geografische Eingrenzung erfolgen, was die kulturellen Unterschiede zwischen den Populationen ein Stück weit eingrenzt. Leider konnten nur wenige Studien mit hoher Forschungsevidenz gefunden werden, dies scheint bei diesem Thema aktuell noch die Regel zu sein.

Als Schwäche dieser Arbeit wird die methodologische Änderung gesehen, welche im Verlauf der Literaturrecherche vorgenommen werden musste. Die Arbeit konnte nicht wie ursprünglich geplant, auch die Betreuung der Angehörigen ausserhalb des

Reanimationszimmers einbeziehen. Einige Studien zum Thema FP auch vereinzelt Rückschlüsse darauf schliessen, allerdings ohne gesicherte Informationen zu haben.

Da kaum Studien gefunden wurden, welche die spezifisch die Begleitung oder die Rolle der Begleitperson untersuchen, hat der Autor sich gefragt, ob andere Suchbegriffe besser geeignet gewesen wären. Um dies zu testen wurde nachträglich eine Suche auf Pubmed nach „family AND facilitator AND resuscitation“ gefunden wurden ohne Limiten 4 Studien. Eine davon (Oman & Duran, 2010) ist in dieser Literaturübersicht einbezogen, die 3 anderen sind allesamt älter als 2010 und gehen nicht spezifisch auf die eigentliche Begleitung oder die Begleitperson ein. Die Suche nach „family AND support AND role AND resuscitation“ ergab ohne Limiten 203 Treffer. Unter diesen Treffern konnte eine einzige Studie identifiziert werden, die sich konkret mit der Begleitperson beschäftigt (Cottle & James, 2008). Dadurch dass die Suche nach Abschluss der eigentlichen Literaturrecherche stattgefunden hat, konnten die Resultate nicht in diese Arbeit hier aufgenommen werden. Die im Kapitel „Resultate“ gemachten Aussagen sind allerdings mit den Resultaten der Studie von Cottle & James (2008) vergleichbar.

## **5.4 Lernprozess**

Im folgenden Abschnitt beschreibt der Autor seinen Lernprozess. Er lässt sich dabei von Raster der SPOT-Analyse leiten. Die einzelnen Punkte werden allerdings nicht aufgeteilt, sondern sind narrativ verbunden. Der Autor dieser Arbeit hat gelernt, in wissenschaftlichen Datenbanken nach relevanten Studien zu suchen und geeignete Limiten für die Suche festzulegen. Er hat sich mit der Beurteilung von Studien und der Zusammenstellung von Resultaten vertraut gemacht. Der Autor ist sich nun im Umgang mit wissenschaftlichen Datenbanken sicherer und hat sich auch das nötige Vokabular angeeignet, um Forschungsartikel fließend lesen und auch beurteilen zu können. Zu Beginn der Arbeit hatte der Autor nur am Rande etwas von FP mitbekommen. Der Autor musste einsehen, dass eine Arbeit nicht immer so verläuft, wie man sie sich vorgestellt hat und zum Teil erhebliche Anpassungen notwendig sein können. Dadurch hat er gelernt, mit dieser stressauslösenden Tatsache umzugehen und weiterzumachen.



Im Verlauf der Arbeit hat er realisiert, wie komplex und facettenreich dieses Thema ist und wie viele verschiedene Faktoren eine Rolle bei der Umsetzung einer solchen Praxis beeinflussen. Des Weiteren konnte der Autor feststellen, wie schwierig es ist, aussagekräftige Resultate aus unterschiedlichen Studien zusammenzutragen und miteinander zu vergleichen. Dieses Wissen wird im Pflegealltag nützlich sein, um sich stets auf dem Laufenden zu halten und sich an evidenzbasiertem Wissen zu orientieren. Literaturrecherchen werden schnell aufwändig und der Umgang mit den Datenbanken und der Literatur ist nicht einfach. Eine regelmässige Anwendung wird dabei helfen, dieses Wissen aktuell zu halten.

## **6. Schlussfolgerung**

### **6.1 Beantwortung der Fragestellung**

Die ursprüngliche Fragestellung lautete „Wie können Pflegefachpersonen Angehörige während einer Reanimation optimal betreuen?“. Im Abschnitt Resultate wurden zahlreiche Kernthemen angesprochen, die bei der Beantwortung dieser Fragestellung eine Rolle spielen. Demzufolge bietet eine optimale Betreuung den Angehörigen die Option, bei der Reanimation anwesend sein zu dürfen, sofern diese das wünschen. Dies sollte nur in einem strukturierten Rahmen geschehen, wenn eine entsprechend geschulte Betreuungsperson dabei ist und die Angehörigen während des ganzen Prozesses innerhalb und ausserhalb des Reanimationszimmers begleitet. Die Begleitung ist dabei geprägt von Empathie, Präsenz und auf die Bedürfnisse der Angehörigen soll situationsgerecht eingegangen werden. Es liegen genug Ergebnisse vor, um eine Umsetzung von FP in der Praxis zu befürworten.

Ob FP angeboten werden kann, ist eine Entscheidung des multidisziplinären Teams und der Institution und bedarf die Besprechung verschiedener kontrovers diskutierter Punkte. Die vorgängige Erhebung der Meinungen und eine strukturierte Weiterbildung an der Institution können einen wertvollen Beitrag leisten.

### **6.2 Bedeutung und Empfehlung für die Pflege**

Für die Pflege bedeutet diese Arbeit, dass die Umsetzung von FP einer guten Vorbereitung bedarf und viel Zeit braucht. Auf verschiedene bestehende Bedenken muss vor der Umsetzung eingegangen werden. Für eine erfolgreiche Umsetzung muss das gesamte multidisziplinäre Team zusammenarbeiten. Die Pflege hat hier die Chance eine führende Rolle bei der Einführung dieser Neuerung einzunehmen. Die Verteidigung der Interessen der Patienten gehört zu den Aufgaben von Pflegefachpersonen (SBK, 2003). Im Rahmen dieser Anwaltschaft für die Patienten, scheint es aufgrund des häufig geäußerten Wunsches der Angehörigen nach FP gerechtfertigt zu sein, FP im Sinne der Unterstützung von Patienten in Krisensituationen zu befürworten. Allerdings muss dies unter vorsichtiger Abwägung der verschiedenen berufsethischen Prinzipien geschehen.

Pflegefachpersonen sind auf Grund ihres fachlichen Wissens, ihrer ganzheitlichen Sichtweise, wie auch ihrer Kompetenz in Kommunikation eine geeignete Berufsgruppe für die Rolle der Begleitung von Familienangehörigen. Allerdings bedeutet die Übernahme dieser Rolle eine grosse Herausforderung.

Im aktuellen Kontext der Entwicklung im Gesundheitswesen, in dem der Kostendruck stetig steigt, und Personal häufig jetzt schon knapp ist, ist es fraglich, ob die Institutionen über die notwendigen Ressourcen verfügen, um FP zu ermöglichen. Die Begleitperson erfährt in ihrer Tätigkeit ohnehin eine hohe Belastung, ohne den Zeitdruck anderer Aufgaben zu bedenken, die in dieser Zeit im Hintergrund unerledigt bleiben. Eine etwaige Einführung darf nicht ohne genaue Überlegung zu diesem Problem stattfinden, da sie sonst zu Lasten der Pflegefachpersonen geschieht. Dies würde verständlicherweise zu grossen Widerständen gegen FP führen und die Arbeitsqualität negativ beeinflussen.

### **6.3 Empfehlung für zukünftige Forschungsarbeiten**

Rund um FP besteht noch viel Forschungsbedarf. Insgesamt braucht dieses Thema mehr grundlegende Studien von hoher Forschungsevidenz. Im Diskussionsteil wurde angesprochen, dass RCT schwierig sind. Wenigstens sollten qualitativ hochwertige Studien mit quantitativem und quasi-experimentellem Design durchgeführt werden. Die Stichproben zukünftiger Studien sollten grösser gewählt sein und nach Möglichkeit repräsentativer sein. Bei den Angehörigen ist dies, wie im Diskussionsteil angesprochen schwierig, aber bei medizinischem Fachpersonal, besteht ein gewisses Verbesserungspotential für Stichproben. Um kulturellen Unterschieden Rechnung zu tragen, sind regionale Studien durchaus sinnvoll. Damit ein Vergleich zwischen verschiedenen Studien einfach möglich ist (auch international), wäre es sinnvoll, für das untersuchte Thema entsprechend bereits erarbeitete und validierte Fragebögen zu verwenden.

Die Rolle der Begleitperson der Angehörigen ist ein wichtiger Punkt, bei dem noch Forschungsbedarf besteht. Hier sind Studien sinnvoll, die auf Abteilungen oder in Institutionen durchgeführt werden, welche schon Erfahrung mit FP haben. Dies würde erlauben zu untersuchen, welche Berufsgruppe diese Rolle übernehmen kann

und wie diese Rolle im Detail aussieht. Dort wo FP anhand einer Richtlinie eingeführt worden ist, wäre es sinnvoll die Wirksamkeit und Auswirkungen dieser Einführung zu überprüfen. Das Identifizieren von Faktoren, welche bei der Einführung zum Erfolg beigetragen haben, könnte für die Implementierung an anderen Institutionen genutzt werden.

Obwohl vieles darauf hindeutet, dass FP einen positiven Effekt auf Angehörige hat, wäre es wünschenswert weitere und qualitativ hochwertige Studien zum Impact von FP bei Angehörigen zu haben und zu untersuchen, inwiefern FP das Outcome der Angehörigen bezüglich Trauerprozess und PTSD-Symptomen wirklich verbessert.

## 7. Literaturverzeichnis

- American Heart Association. (2010). *Highlights of the 2010 American Heart Association Guidelines for CPR and ECC*. Dallas: Author,
- American Heart Association . (2010). Handbook of Emergency Cardiovascular Care for Healthcare Providers. Dallas: Author.
- Baxter, A.D., Cardinal, P., Hooper, J. & Patel, R. (2008). Medical emergency teams at The Ottawa Hospital: the first two years. *Canadian Journal of Anesthesia*, 55 (4), 223-31.
- Behrens, J. & Langer, G. (2004). *Evidence-based Nursing*. Bern: Huber.
- Bierker, C., Grünewald, M. (2005). Kardiopulmonale Reanimation. In Ullrich, L., Stolecki, D. & Grünewald, M. (Hrsg.). *Intensivpflege und Anästhesie*, (S.161-169). Stuttgart: Thieme.
- Chapman, R., Watkins, R., Bushby, A. & Combs, S. (2012). Family-Witnessed Resuscitation: Perceptions of Nurses and Doctors Working in an Australian Emergency Department. International Scholarly Research Network: Emergency Medicine, in Press. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.isrn.com/journals/em/2012/369423/> [letzter Zugriff am 20. August 2012]
- Compton, S., Levy, P., Griffin, M., Waselewsky, D., Mango, L.M. & Zalenski, R. Family-Witnessed Resuscitation: Bereavement Outcomes in an Urban Environment. *Journal of Palliative Medicine*, 14 (6), 715-721.
- Deasy, C., Bray, J.E., Smith, K., Wolfe, R., Harriss, L.R., Bernard, S.A., & P. Cameron. (2011). Cardiac arrest outcomes before and after the 2005 resuscitation guidelines implementation: Evidence of improvement?. Resuscitation. *Resuscitation*, 82 (2), 984-988.
- Domenig, D. (Hrsg.). (2007). *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Huber.
- Doolin, T., Quinn, L.D., Bryant, L.G., Lyons, A.A., Kleinpell, R.M. (2009). Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Using evidence-based knowledge to guide the advanced practice nurse in developing formal policy and practice guidelines. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 23 (11), 8-14.
- Egging D, Crowley M, Arruda T, Proehl J, Walker-Cillo G, Papa A, Li, S, Walsh J, Bokholdt ML. (2011) Emergency nursing resource: family presence during invasive procedures and resuscitation in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 37 (5), 469-473.
- Ehlenbach, W.J., Barnato, A.E., Curtis, J.R., Kreuter, W., Koepsell, T.D., Deyo & Stapleton, R.D. (2009). Epidemiologic study of in-hospital cardiopulmonary resuscitation in the elderly. *English Journal of Medecine*, 361(1), 22-31.

- Emergency Nurses Association. (2010). *Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation in the Emergency Room – Position Statement*. Des Plaines: Author.
- European Resuscitation Council. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. *Resuscitation*. 81(10), 1219–1433.
- Feagan, L.M. & Fisher, N.J. (2011). The Impact of Education on Provider Attitudes Toward Family-Witnessed Resuscitation. *Journal of Emergency Nursing*, 37 (3), 231-239.
- Gerken, B. & Plüss, C. (2002). *Trauerbewältigung in der Altenpflege: Erkennen – Erfahren – Handeln*. Schlütersche: Hannover.
- Hanefeld, C., Lichte, C., Laubenthal, H., Hanke, E. & Mügge, A. (2006). Konzept einer „First-Responder“-Reanimation unter Einsatz semi-automatischer externer Defibrillatoren. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 131 (39), 2139-2142.
- Herlitz, J., Andréasson, A.C., Bång, A., Aune, S., Lindqvist, J. (2000). Long-term prognosis among survivors after in-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*. 45 (3), 167-71.
- Holzer-Pruss, C. (2005). Die Belastungen der Angehörigen. In S. Käppeli. (Hrsg.). *Pflegekonzepte - Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld*, Band 3. (S.9-46). Bern: Huber.
- Howlett M.S, Alexander G.A. & Tsuchiya B. (2010) Health care providers' attitudes regarding family presence during resuscitation of adults: an integrated review of the literature. *Clinical Nurse Specialist*. Volume, 24 (3), 161-174
- James J, Cottle E & Hodge RD. (2011).Registered nurse and health care chaplains experiences of providing the family support person role during family witnessed resuscitation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27 (1), 19-26.
- Kliegel, A., Havel, C. & Sterz, F. (2002). Die Behandlung des Patienten mit Herzkreislaufstillstand und nach Reanimation im Krankenhaus. *Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 39 (1), 13-25.
- Köberich, S., Kaltwasser, A., Rothaug, O. & Albarran J. (2010). Family witnessed resuscitation - experience and attitudes of German intensive care nurses. *Nursing in Critical Care*. 15 (5). 241-250.
- Latour, S.M. (2005). Is family-centred care in critical care units that difficult? A view from Europe. *Nursing in Critical Care*, 10 (2), 51-53
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung* (2. Aufl.). München: Urban & Fischer.

- Lowry, E. (2012). "It's just what we do": a qualitative study of emergency nurses working with well-established family presence protocol. *Journal of Emergency Nursing*, 38 (4), 329-334.
- Mayer, H. (2007). *Pflegeforschung anwenden*. Wien: Facultas.
- Moretti, M.A., Cesar, L.A.M., Nusbacher, A., Kern, K.B., Timerman, S., Ramires, J.A.F. (2007). Advanced cardiac life support training improves long-term survival from in-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*, 72 (3), 458-465.
- Müller-Cyran, A. (1999). Basis Krisenintervention – Fundierter Umgang mit akut psychisch Traumatisierten. *Notfall & Rettungsmedizin*. 293 (2), 293-296.
- Nibert, A.T. (2005). Teaching Clinical Ethics Using a Case Study: Family Presence During Cardiopulmonary Resuscitation. *Critical Care Nurse*. 25 (1), 38-44
- Oman, K.S. & Duran, C.R. (2010). Health Care Providers' Evaluations of Family Presence During Resuscitation. *Journal of Emergency Nursing*, 36 (6), 524-533.
- Pschyrembel, W. (2007). *Klinisches Wörterbuch*, (261. Auflage). Berlin: deGruyter
- Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner [SBK]. (2003). *Ethik in der Pflegepraxis*. Bern: SBK
- Swiss Resuscitation Council [SRC]. (2008). *Statuten des Swiss Resuscitation Council*. [Website]. Verfügbar unter: [http://www.resuscitation.ch/uploads/media/SRC\\_statuten\\_d2010.pdf](http://www.resuscitation.ch/uploads/media/SRC_statuten_d2010.pdf) [Zugriff am 27. März 2011].
- Qureshi, S.A., Ahern, T., O'Shea, R., Hatch, L. & Henderson, S.O. (2011). A Standardized Code Blue Team Eliminates Variable Survival from In-hospital Cardiac Arrest. *The Journal of Emergency Medicine*, 42 (1), 74-78.
- Zeller-Forster, F. (2005a). Krise. In S. Käppeli. (Hrsg.). *Pflegekonzepte – Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld*, Band 1. (S. 45-64). Bern: Huber
- Zeller-Forster, F. (2005b). Verlust/Trauer. In S. Käppeli. (Hrsg.). *Pflegekonzepte – Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld*, Band 1. (S. 119-1132). Bern: Huber

## 8. Anhang

### A. Suchprotokoll

Pubmed					
Suchbegriff	Limiten	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer	Titel, Autoren & Jahr	Bemerkungen
care AND family [MeSH] AND resuscitation [MeSH]	Keine	1772			Gesucht wurde am 10.08.2012.
care AND family [MeSH] AND resuscitation [MeSH]	Nach 2010 veröffentlicht, Sprache: Englisch, Alter: 19+	228	26	Balogh-Mitchell, C. (2012) Is it time for family presence in the OR?	Nicht als Volltext verfügbar, bezieht sich auf ein sehr spezifisches Setting (OP), in das Angehörige normalerweise nicht Zugang haben. Wird ausgeschlossen.
				Leungm N.Y. & Chowm, S.K. (2012). Attitudes of healthcare staff and patients' family members towards family presence during resuscitation in adult critical care units.	Wird wegen geographischer Eingrenzung ausgeschlossen (Hong Kong),
				Lowry, E. (2012). "It's just what we do": a qualitative study of emergency nurses working with well-established family presence protocol.	In Übersicht aufgenommen.
				Al-Mutair, A.S., Plummer, V. & Copnell, B. (2012). Family presence during resuscitation: a descriptive study of nurses' attitudes from two Saudi hospitals.	Wird wegen geographischer Eingrenzung ausgeschlossen (Saudi Arabien),



				Bouley, G. (2011). The rapid response team nurse's role in end-of-life discussions during critical situations.	Nicht einbezogen. Bezieht sich auf Patienten in kritischen Situationen und die Entscheidung, ob eine weitere aggressive Therapie sinnvoll ist (IPS; Intubation) oder ob es Zeit für Palliativpflege ist.
				Mahabir, D., Sammy, I. (2011). Attitudes of ED staff to the presence of family during cardiopulmonary resuscitation: a Trinidad and Tobago perspective.	Nicht einbezogen wegen geographischer Eingrenzung. Nicht als Volltext verfügbar.
				Egging, D., Crowley, M., Arruda, T., Proehl, J., Walker-Cillo, G., Papa, A., Li, S., Walsh, J. & Bokholdt, M.L. (2011) Emergency nursing resource: family presence during invasive procedures and resuscitation in the emergency department.	In Übersicht einbezogen.
				Puigblanqué, R.E. (2011). [Assessment of health care providers on family presence during resuscitation].	Nicht einbezogen, nur Spanisch verfügbar.
				Compton, S., Levy, P., Griffin, M., Waselewsky, D., Mango, L. & Zalenski R. (2011). Family-witnessed resuscitation: bereavement outcomes in an urban environment.	In Übersicht einbezogen.
				Feagan, L.M. & Fisher N.J. (2011). The impact of education on provider attitudes toward family-witnessed resuscitation.	In Übersicht einbezogen.
				Kosowan, S., & Jensen, L. (2011). Family presence during cardiopulmonary	Nicht einbezogen, nicht als Volltext verfügbar.

				resuscitation: cardiac health care professionals' perspectives.	
				Doolin, C.T., Quinn, L.D., Bryant, L.G., Lyons, A.A. & Kleinpell, R.M. (2009). Family presence during cardiopulmonary resuscitation: using evidence-based knowledge to guide the advanced practice nurse in developing formal policy and practice guidelines.	In Übersicht einbezogen.
				Oman, K.S. & Duran, C.R. (2010). Health care providers' evaluations of family presence during resuscitation.	In Übersicht einbezogen.
				Pasquale, M.A., Pasquale, M.D., Baga, L., Eid, S. & Leske, J. (2010). Family presence during trauma resuscitation: ready for primetime?	Nicht einbezogen, kein Volltext verfügbar.
				Boucher, M. (2010). Family-witnessed resuscitation.	Nicht einbezogen wegen qualitativer Mängel. (Es handelt sich hier um einen narrativen Artikel und ist nicht ersichtlich, welche Methode verwendet wird und wie Literatur ausgewählt wurde.)
				Köberich, S., Kaltwasser, A., Rothaug, O. & Albarran, J. (2010) Family witnessed resuscitation - experience and attitudes of German intensive care nurses.	In Übersicht aufgenommen.
				Sheng, C.K., Lim, C.K. & Rashidi, A. (2010). A multi-center study on the attitudes of Malaysian emergency health	Nicht einbezogen, wegen geographischer Eingrenzung (Malaysia).

				care staff towards allowing family presence during resuscitation of adult patients.	
				Leske, J.S. & Brasel, K. (2010). Effects of family-witnessed resuscitation after trauma prior to hospitalization.	Nicht einbezogen, da es um FP bereits vor Eintreffen ins Spital geht.
				Mortelmans, L.J., Van Broeckhoven, V., Van Boxtael, S., De Cauwer, H.G., Verfaillie, L., Van Hellemond, P.L., Van Colen, S. & Cas WM. (2010). Patients' and relatives' view on witnessed resuscitation in the emergency department: a prospective study.	Nicht einbezogen, kein Volltext verfügbar.
				Wacht, O., Dopelt, K., Snir, Y. & Davidovitch, N. (2010). Attitudes of emergency department staff toward family presence during resuscitation.	Nicht einbezogen wegen geographischer Eingrenzung (Israel).
				Howlett, M.S., Alexander, G.A. & Tsuchiya, B. (2010). Health care providers' attitudes regarding family presence during resuscitation of adults: an integrated review of the literature.	In Übersicht aufgenommen
				Axelsson, A.B., Fridlund, B., Moons, P., Mårtensson, J., Reimer, W.S., Smith, K., Strömberg, A., Thompson, DR. & Norekvål, T.M. (2010). European cardiovascular nurses' experiences of and attitudes towards having family members present in the resuscitation	Nicht einbezogen, nicht als Volltext verfügbar.

				room.	
				Family presence in final moments: a precious gift. Thacker K.S, Long J.M.	Ausgeschlossen, weil pädiatrisches Setting.
				Ganz, F.D., & Yoffe, F. (2012). Intensive care nurses' perspectives of family-centered care and their attitudes toward family presence during resuscitation.	Nicht einbezogen wegen geographischer Eingrenzung (Israel).
				James, J., Cottle, E. & Hodge, R.D. (2011). Registered nurse and health care chaplains experiences of providing the family support person role during family witnessed resuscitation.	In Übersicht aufgenommen
				Kianmehr, N., Mofidi, M., Rahmani, H. & Shahin, Y. (2010). The attitudes of team members towards family presence during hospital-based CPR: a study based in the Muslim setting of four Iranian teaching hospitals.	Nicht einbezogen wegen geographischer Eingrenzung (Iran).
Family AND[MeSH] witnessed AND resuscitation [MeSH]	Nach 2010 veröffentlicht, Sprache: Englisch, Alter: 19+	22	1		Diverse Studien die bereits beim oben stehenden Suchbegriff gefunden worden sind, erschienen hier in den Resultaten. Sie werden nicht erneut aufgelistet.
				Gordon, E.D., Kramer, E., Couper, I. & Brysiewicz, P. (2011). Family-witnessed resuscitation in emergency departments: doctors' attitudes and practices.	Nicht einbezogen, wegen geographischer Eingrenzung (Südafrika) und weil die Studie nur Ärzte einschliesst.

Family [MeSH] AND presence AND resuscitation [MeSH]	Nach 2010 veröffentlicht, Sprache: Englisch, Alter: 19+	54	3	Itzhaki, M., Bar-Tal, Y. & Barnoy, S. (2012). Reactions of staff members and lay people to family presence during resuscitation: the effect of visible bleeding, resuscitation outcome and gender.	Nicht eingeschlossen wegen geographischer Eingrenzung (Israel),
				Hung, M.S. & Pang, S.M. (2011). Family presence preference when patients are receiving resuscitation in an accident and emergency department.	Nicht eingeschlossen wegen geographischer Eingrenzung (Hong Kong).
				Bradley, C., Lensky, M. & Brasel, K. Implementation of a family presence during resuscitation protocol #233.	Nicht eingeschlossen, nicht als Volltext verfügbar.

NICE					
Suchbegriff	Limiten	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer	Titel, Autoren & Jahr	Bemerkungen
care AND family [AND resuscitation	In den letzten 3 Jahren publiziert	260	1	2010 Resuscitation Guideline. Resuscitation Council UK	Wird nicht eingeschlossen, da Aussage zu Angehörigen bezieht sich ausschliesslich auf pädiatrische Patienten.
Family AND witnessed AND resuscitation	In den letzten 3 Jahren publiziert	75	0		Studien zu vielen Themen, insbesondere zum Thema Palliativpflege und Entscheidungsfindung bei Patienten die nicht reanimiert werden wollen.
Family ]AND presence AND resuscitation					

Cochrane Library					
Suchbegriff	Limiten	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer	Titel, Autoren & Jahr	Bemerkungen
care AND family [MeSH] AND resuscitation [MeSH]	Keine	25	0		Gefunden wurden 2 Cochrane Reviews, 20 Trials und 3 Method. Studies. Keine davon relevant.
family [MeSH] presence during resuscitation [MeSH]	Keine	3	0		Zwei Studien stimmen inhaltlich mit Thema überein, wurden aber vor dem Jahr 2010 publiziert und daher ausgeschlossen.
Family [MeSH] witnessed resuscitation [MeSH]	Keine	4	0		Drei Studien stimmen inhaltlich mit Thema, wurden allerdings vor 2010 publiziert und daher ausgeschlossen. Eine Studie überschneidet sich mit vorangegangenen Suchbegriff.

Bei der Google-Suche nach der Volltextversion eines Artikels, ist der Autor auf folgenden Artikel gestossen. Chapman, R., Watkins, R., Bushby, A. & Combs, S. (2012). Family-Witnessed Resuscitation: Perceptions of Nurses and Doctors Working in an Australian Emergency Department, Da dieser die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllt, wird er ebenfalls einbezogen.

## B. Kriterien zur Beurteilung einer systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse

### Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse

Quelle: .....

Forschungsfrage: .....

#### Glaubwürdigkeit

- |   |  |
|---|--|
| 1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?   | <i>Klar formuliert? Genug eingegrenzt? Bereits im Titel genannt?</i>                           |
| 2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?                    | <i>Welche Kriterien? Welche Studiendesigns?</i>  |
| 3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?                        | <i>Welche Datenbanken wurden genutzt? Handsuche? Befragung von Experten? Welcher Zeitraum?</i> |
| 4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt? | <i>Welche Kriterien: Randomisierung, Verblindung, Follow-up?</i>                               |
| 5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?                             | <i>Quellen angegeben?</i>  |
| 6. Stimmten die Forscher bei der Bewertung der Studien überein?                             | <i>Mehrere Personen? Grad der Übereinstimmung?</i>   |
| 7. Waren die Studien ähnlich?   | <i>Patienten, Intervention, Ergebnismaß, Studiendesign? Heterogenitätstest?</i>                |

#### Aussagekraft

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 8. Was sind die Ergebnisse?         | <i>Odds ratio? Relatives Risiko? Mittelwert-Differenz?</i> |
| 9. Wie präzise sind die Ergebnisse? | <i>Konfidenzintervalle? Studien gewichtet?</i>             |

#### Anwendbarkeit

- |   |   |
|---|---|
| 10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?  | <i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i> |
| 11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? | <i>Nebenwirkungen? Compliance?</i>            |
| 12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? | <i>Kostenanalyse? Number-Needed-To-Treat?</i> |

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

(Behrens & Langer, 2004)



## C. Zusammenfassungen und kritische Beurteilung der systematischen Literaturübersichten

**Egging D, Crowley M, Arruda T, Proehl J, Walker-Cillo G, Papa A, Li, S, Walsh J, Bokholdt ML. (2011) Emergency nursing resource: family presence during invasive procedures and resuscitation in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 37 (5), 469-473.**

**Ziel:** Pflegefachpersonen aktuelle evidenzbasierte Grundlage zum Thema FP bei Reanimation und invasiven Eingriffen bieten.

**Design:** Systematische Literaturrecherche

**Setting:** Notfallstation

**Methode:** Gesucht wurde in den Datenbanken PubMed, eTBLAST, Cochrane - British Medical Journal, AHRQ und National Guideline Clearinghouse. Einbezogen wurden englischsprachige Studien von den Jahren 2005 bis 2009. Diese Literaturübersicht enthält Resultate einer anderen systematischen Übersicht (117 Studien) aus dem Jahr 2007. Es wurden zur Beurteil und Bearbeitung standardisierte Arbeitspapiere der Emergency Nursing Association genutzt.

**Ergebnisse:** Patientenperspektive: Es gibt wenig Hinweise auf Einfluss auf Patienten egal ob FP stattgefunden hat oder nicht. Einzelne Patienten fanden es beruhigend zu wissen, dass ihre Angehörigen dabei sein konnten. In einer Studie mit schwerkranken Erwachsenen sagten eine Mehrheit, dass sie wünschten, dass Angehörige im Falle einer Reanimation dabei sein könnten.

Angehörigenperspektive: Hier gibt es deutlich mehr Studienresultate. Eine Mehrheit der Angehörigen wünscht bei einer Reanimation anwesend sein zu dürfen. In einigen Studien wurde aufgezeigt, dass Angehörige die anwesend sein durften, erhöhte Zufriedenheit und ein geringeres Stresslevel aufwiesen. In diversen anderen Studien konnte kein signifikanter Unterschied gefunden werden. Allerdings gibt es keine Hinweise auf einen negativen Effekt. Ein wichtiges Thema dieser Studien war, dass Angehörige angaben, so gesehen zu haben, dass alles möglich unternommen worden ist.

Perspektive des medizinischen Fachpersonals: Studien zu diesem Thema untersuchten hauptsächlich die Meinungen und Haltungen von medizinischen Fachpersonal gegenüber FP. Kulturelle Unterschiede scheinen hier eine Rolle zu spielen (als Beispiel wird eine türkische Studie genannt, in der die Ablehnung von FP erstaunlich hoch ist, aber gleichzeitig viele Teilnehmer noch nie etwas über FP gelesen haben). Wichtige Themen sind: Anstrengungen des Teams sehen (kann rechtliche Schritte vermeiden), Humanisierung der/des Patienten und Erhalt seiner Würde, verbessert Kommunikation fördert Schulung, fördert Trauerprozess und ist Gelegenheit sich zu verabschieden. Grosse Mehrheit des Fachpersonals ist für FP. Mögliche Gründe für Zurückhaltung die identifiziert werden konnten sind: Störung der Reanimation, erhöhter Leistungsdruck (Lampenfieber), Störung des Ausbildungsprozesses neuer Mitarbeitenden, Ereignis könnte traumatisch sein und dass falsch interpretierte Reanimationsmassnahmen zu rechtlichen Anklagen führen könnten

Störung des Pflegevorgangs: Es gibt nur eine Studie, die von Störung des Reanimationsprozesses spricht. Die Studie wurde mit wenig erfahrenen Ärzten (2-3 Jahre) in simulierten Situationen durchgeführt.

Richtlinien für FP: Der Wunsch nach schriftlichen Richtlinien bei Fachpersonal ist insgesamt gross.

<b>Diskussion Schlussfolgerung:</b> Folgende Empfehlungen für die Praxis werden gemacht: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es gibt einige Evidenz, dass Patienten es bevorzugen, wenn Angehörige anwesend sein dürfen</li> <li>- Es gibt starke Evidenz, dass Angehörige gerne die Option haben, bei Reanimation oder invasiven Eingriffen anwesend sein zu dürfen.</li> <li>- Es gibt kaum oder keine Evidenz, die Hinweise auf negativen Einfluss von FP auf Angehörige gibt.</li> <li>- Es gibt Evidenz, dass es zu keiner Störung des Ablaufes kommt</li> <li>- Es gibt Evidenz, dass Fachpersonen die Begleitung der Angehörigen durch eine speziell zugeteilte Person unterstützen.</li> <li>- Es gibt einige Evidenz, dass schriftliche Richtlinien den Fachpersonen Struktur und Unterstützung geben.</li> <li>- FP während Reanimation oder invasiven Eingriffen sollte geeigneten Angehörigen angeboten werden. Idealerweise sollte dies in schriftlichen Richtlinien festgehalten sein.</li> </ul>	
<b>Kritische Bewertung nach Behrens und Langer (2004): Beurteilung einer Systematischen Literaturübersicht oder Meta-Analyse</b>	
<b>Glaubwürdigkeit</b> 6.5/7	Das Ziel wurde klar definiert und begründet. Die Einschlusskriterien waren angemessen. Aufgrund der verschiedenen Datenbanken, in denen gesucht wurde und der Gründlichkeit der beschriebenen Suche kann davon ausgegangen werden, dass es unwahrscheinlich ist, dass relevante Literatur übersehen worden ist. Die Glaubwürdigkeit der gefundenen Studie wurde nach erwähnten Kriterien eingeschätzt. Die zur Bewertung herangezogenen Kriterien und Vorgehensweise wurden beschrieben. Es wurden unterschiedliche Studien einbezogen und jeweils entsprechend beurteilt. In Bezug zur Forschungsfrage und der aktuell vorhandenen Literatur zu diesem Thema, ist eine Heterogenität weder möglich noch sinnvoll. Es ist nicht ersichtlich, ob die Studien durch mehrere Personen beurteilt worden sind. Allerdings hielten sich die Forschenden an genaue Richtlinien und Arbeitsblätter.
<b>Aussagekraft</b> 2/2	Die Ergebnisse werden jeweils mit Hinblick auf ihre Aussagekraft diskutiert. Die übergreifende statistische Analyse der Ergebnisse ist schwierig, da Studien mit verschiedenen Designs und unterschiedlichem Fokus (bedingt durch Forschungsfrage) einbezogen wurden. Die Qualität der Ergebnisse leidet nicht darunter, da die Evidenzhierarchie erwähnt wird.
<b>Anwendbarkeit</b> 3/3	Die Resultate sind vielseitig und breit abgestützt. Die wichtigen Kernthemen der aktuellen Diskussionen werden erwähnt. Von den Resultaten lässt sich ein direkter Nutzen für die Praxis ableiten
<b>Gesamtbewertung</b>	Die Studie erhält 11.5/12 Punkten und wird damit einbezogen.

**Howlett M.S, Alexander G.A, Tsuchiya B. (2010). Health care providers' attitudes regarding family presence during resuscitation of adults: an integrated review of the literature. *Clinical Nurse Specialist. Volume, 24 (3), 161-174***

**Ziel:** FPDR bleibt ein kontroverses Thema, deshalb wird in dieser Literaturübersicht die Haltung von medizinischen Fachkräften gegenüber FPDR untersucht.

**Design:** Systematische Literaturübersicht.

**Setting:** Akutspital

**Stichprobe:** Erwachsene Patienten

**Methode:** Medline, Pubmed und Cinahl Suche. Zeitraum: 1998-2008. Es geht dabei um Studien, welche spezifisch die Haltung von Fachkräften untersuchen. (Suchbegriffe: family, FP, family witnessed, cardiopulmonary, resuscitation, nurses, personnel, patient, attitudes, attitude of health personnel, and ethics.)

**Ergebnisse:** Unterschied zwischen und innerhalb der Disziplin: Generell ist Unterstützung für FP bei medizinischen Fachpersonen vorhanden. Pflegefachkräfte haben häufig deutlich positivere Einstellung gegenüber FP als Ärzte. Die Haltung war positiver bei Personen, die bereits FP erlebt haben.

**Belastung des Teams:** FP kann negative Auswirkung auf persönliches Stresslevel haben (Umgang mit trauernden Angehörigen, grösserer Leistungsdruck, beobachtet werden, rechtliche Konsequenzen, weniger offene Teamdiskussion). Ob Angehörige die Reanimation stören und wie häufig sie interferieren, wird kontrovers diskutiert.

Referenzperson: Fehlt häufig, wird aber als unabdingbar angesehen.

Aggressivität der Reanimation: Es gibt Hinweise, dass Reanimationsbemühungen aggressiver durchgeführt werden, wenn Angehörige anwesend sind. Andererseits kann FP den Angehörigen bewusst machen, wie schwerwiegend die Situation ist und sie so auf einen eventuellen Abbruch der Massnahmen vorbereiten.

**Auswirkungen auf Angehörige:** Es gibt viel Evidenz dafür, dass FP einen positiven Einfluss auf Angehörige hat (emotionale Unterstützung, Beginn des Trauerprozesses, Möglichkeit sich zu verabschieden, kritischen Zustand erkennen, Bemühungen des Teams erleben). Es gibt auch einige Meinungen, die vertreten, dass FP einen negativen Effekt hat (traumatische Bilder, zu sehen, dass auch während Reanimation Lehrtätigkeiten stattfinden).

Kenntnis der Familie: Fachpersonen waren eher bereit, Angehörige beiwohnen zu lassen, wenn diese medizinisches Grundwissen hatten und wussten, was sie erwartet. Gerade Pflegefachpersonen möchten bei einer Reanimation ihrer Angehörigen selber auch dabei sein.

Schriftliche Richtlinie: 5% der Befragten berichten von einer existierenden schriftlichen Richtlinie an ihrem Spital, welche FP ausdrücklich erlaubt. Solche Richtlinien werden insbesondere von Pflegefachkräften gewünscht.

**Diskussion und Schlussfolgerung:** Über die letzten 20 Jahre haben Angehörige ihren Wunsch nach FP geäußert und es gibt vermehrt Evidenz, welche für FP spricht. Allerdings braucht es noch mehr Forschung, um mit Sicherheit sagen zu können, dass FP Evidence Based Practice ist. In der Zwischenzeit ist aktuelle Forschung ausreichend, damit sich Institutionen eine Einführung von FP überlegen können. Die Pflege ist mit ihrer ganzheitlichen Sicht und der familienzentrierten Pflege gut positioniert, um sich für FP einzusetzen. Eine institutionelle Umsetzung erfordert interdisziplinäre Zusammenarbeit und Diskussionen.

<b>Kritische Bewertung nach Behrens und Langer (2004): Beurteilung einer Systematischen Literaturübersicht oder Meta-Analyse</b>	
<b>Glaubwürdigkeit</b> 5/7	Es wird eine genaue und begründete Fragestellung untersucht. Die Suchkriterien sind für die Forschungsfrage angemessen. Aufgrund des aktuellen Standes der Literatur auf diesem Gebiet ist es sinnvoll, keine Einschränkungen bezüglich Studiendesigns zu verwenden. Die geografische Eingrenzung scheint aufgrund des Forschungsziels (Haltung) angebracht zu sein, obwohl dadurch möglicherweise relevante Literatur aus anderen Regionen ausgeschlossen werden. Die Glaubwürdigkeit verwendeter Studie wurde mit geeigneten Kriterien eingeschätzt und die Kriterien zur Beurteilung werden aufgeführt. Allerdings ist nicht ersichtlich, ob die Beurteilung durch mehrere Forschende übereinstimmend erfolgt ist. Es gab Studien mit unterschiedlichen Designs, aber ähnlichem Forschungsinhalt.
<b>Aussagekraft</b> 1.5/2	Die Ergebnisse werden übersichtlich zusammengefasst und diskutiert. Statistisch lassen sich die Ergebnisse nicht gesamthaft einheitlich betrachtet auswerten. Die Studiendesigns waren unterschiedlich und der Fokus einzelner Arbeiten variierte.
<b>Anwendbarkeit</b> 3/3	Die Ergebnisse sind für diese Arbeit relevant und werden als weitestgehend übertragbar betrachtet. Die Studien enthalten kaum Risiken, bieten aber für die aktuelle Diskussion zu diesem Thema einen hohen Nutzen.
<b>Gesamtbewertung</b>	Die Studie erhält 9.5/12 Punkten und wird damit eingeschlossen.

<b>Doolin C.T, Quinn L.D., Bryant L.G., Lyons A.A. &amp; Kleinpell R.M. (2009) Family presence during cardiopulmonary resuscitation: using evidence-based knowledge to guide the advanced practice nurse in developing formal policy and practice guidelines. <i>Journal of the American Academy of Nurse Practitioners</i>, 11 (23), 8-14.</b>	
<b>Ziel:</b>	Die Studie soll beste vorhandene Evidenz aufzeigen und Implementierung von FP ermöglichen.
<b>Design:</b>	Systematische Literaturübersicht
<b>Setting:</b>	Akutspital
<b>Stichprobe:</b>	Erwachsene und Kinder (Resultate separat ausgewiesen)
<b>Methode:</b>	Literaturrecherche in den Datenbanken Ebsco Host, Cinahl, Pre-Cinahl und Medline Plus. Zunächst wurde ohne Limitierung gesucht und Studien von 1980 bis 2009, später wurden Studien ausgeschlossen, die älter als 10 Jahre sind, um aktuell relevante Studien zu verwenden. Die wichtigsten Resultate wurden in einer Tabelle zusammengefasst. Ebenfalls betrachtet wurden schriftliche Richtlinien von verschiedenen Spitälern.
<b>Ergebnisse:</b>	Zu den Gründen gegen FP zu sein gehörten: Angst vor psychischem Trauma für Familie, Angst, dass Familie das Team ablenken oder stören könnte und damit den Ausgang negativ beeinflussen könnten. Auch Angst vor rechtlichen Schritten und institutionelle Faktoren (Platzbedarf, Personal) wurden genannt.

Zu den Gründen für FP gehörten: Stärkung des Vertrauens zwischen Angehörigen und Pflegenden und Förderung der Zusammenarbeit, der Familie helfen, den Ernst der Lage zu erkennen, emotionale Bedürfnisse der Angehörigen erfüllen, sowie den Angehörigen zeigen, dass alles Mögliche getan worden ist. Des Weiteren wird erwähnt, dass FP die Wertschätzung gegenüber Angehörigen und Patienten erhöht. Ausserdem soll FP den Trauerprozess unterstützen.

**Richtlinien:** Nur etwa 5% einer grossangelegten Umfrage arbeiten an einem Spital, mit schriftlicher FP-Richtlinie, während 45-50% FP erlauben, ohne Richtlinie zu haben. In den meisten Fällen trifft der Arzt die Entscheidung bezüglich FP. Für die Erarbeitung von Richtlinien wird empfohlen, in einem multidisziplinären Team und zusammen mit der Hierarchie der Institution zu arbeiten. Die meisten Studien empfehlen eine Pflegefachkraft, Sozialarbeiter oder Seelsorger als Begleitperson für Familie. Diese Person muss über gute Kenntnisse bezüglich Reanimation verfügen. Sie sind auch dafür verantwortlich, geeignete Familien für FP zu identifizieren. Für die Erstellung einer Richtlinie durch das multidisziplinäre Team, kann es sinnvoll sein, eine Pilotstudie durchzuführen, um Gründe für Widerstand zu identifizieren und angehen zu können. Strukturierte Weiterbildungen zum Thema FP sind ebenfalls ein wichtiger Faktor.

**Diskussion und Schlussfolgerung:** Es braucht noch mehr Studien, insbesondere RCT-Studien hinsichtlich des kurz- und längerfristigen Outcomes von Angehörigen, die FP erlebt haben. Diese Studien sollten Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen, die Häufigkeit von FP, sowie Anzahl Störungen der Reanimation einschliessen, um aktuellen Bedenken begegnen zu können.

#### **Kritische Bewertung nach Behrens und Langer (2004): Beurteilung einer Systematischen Literaturübersicht oder Meta-Analyse**

<b>Glaubwürdigkeit</b> 5/7	Die Fragestellung bzw. das Ziel der Studie wird begründet und beschrieben. Die Einschlusskriterien sind für den Zweck der Arbeit und existierende Forschung zum Thema angemessen. Aufgrund der breitgefächerten Suche (sowohl elektronisch als auch von Hand in diversen Journals), kann davon ausgegangen werden, dass alle relevante Literatur gefunden worden ist. Nur aktuelle und relevante Studien wurden berücksichtigt. Es ist nicht ersichtlich, welche exakten Kriterien zur Beurteilung verwendet wurden und inwieweit die Forschenden bei der Bewertung der Studien übereinstimmen. Herangezogen wurde die Hierarchie der Forschungsevidenz.
<b>Aussagekraft</b> 1.5/2	Die Resultate werden genau beschrieben und untereinander verglichen. Die untersuchten Themen sind vielschichtig. Eine übergreifende statistische Auswertung ist deshalb nicht möglich.
<b>Anwendbarkeit</b> 3/3	Alle wichtigen Ergebnisse wurden zusammengetragen und besprochen. Es wird jeweils ausgewiesen, auf welche Patientengruppe sie sich beziehen, was die Resultate zu einem Teil übertragbar macht. Es wird auf die wichtigen Kernthemen eingegangen, die man in der aktuellen Literatur findet.
<b>Gesamtbewertung</b>	Die Studie erhält 9.5/12 Punkten und wird damit einbezogen.



## D. Kriterien zur Beurteilung von Quantitativen Studien

<b>Darstellung des Problems und des Ziels</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie?</li> <li>2. Wird in der Darstellung des Problems oder des Ziels eine Beziehung zwischen zwei oder mehr Variablen zum Ausdruck gebracht (z.B. zwischen einer unabhängigen und einer abhängigen Variablen)? Wenn ja, welcher Art ist/sind die Beziehung/en? Sind sie überprüfbar?</li> <li>3. Werden in der Darstellung des Problems und/oder des Ziels nähere Angaben über die Art der zu untersuchenden Population gemacht? Um welche Population handelt es sich?</li> <li>4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers?</li> </ol>	
<b>Literatur-Recherche und theoretischer Bezugsrahmen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Um welche Konzepte geht es in der Literaturüberprüfung? Ganz besonders zu beachten sind die Konzepte der unabhängigen Variablen und abhängigen Variablen und ihre konzeptuellen Definitionen.</li> <li>2. Werden in der Literaturüberprüfung die Beziehungen zwischen den Variablen explizit zum Ausdruck gebracht oder wird ein Zusammenhang zwischen Variablen und dem theoretischen/ konzeptuellen Bezugsrahmen hergestellt? Wie sehen die Beziehungen/ Zusammenhänge aus?</li> <li>3. Welche Lücken oder Widersprüche werden in den vorhandenen Erkenntnissen über das Problem festgestellt? Wie soll die Studie diese Lücken schliessen bzw. die Widersprüche auflösen?</li> <li>4. Handelt es sich bei den Literaturhinweisen in erster Linie um primäre oder sekundäre Quellen? Geben Sie ein Beispiel für beides an.</li> <li>5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der abhängigen Variablen? Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter?</li> </ol>	
<b>Hypothese(n) oder Forschungs-Frage(n)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert?</li> <li>2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie?</li> <li>3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage?</li> <li>4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen?</li> <li>5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese?</li> <li>6. Sind die Hypothesen überprüfbar?</li> </ol>	

<b>Stichprobe</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt?</li> <li>2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet?</li> <li>3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der Studie beschrieben ist?</li> <li>4. Ist die Grösse der Stichprobe angemessen? Wie wird sie begründet?</li> <li>5. Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Wo liegen die Grenzen der Verallgemeinerung?</li> </ol>	
<b>Forschungsdesign</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welches Design wird in der Studie verwendet?</li> <li>2. Wie wird das Design begründet?</li> <li>3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problemdarstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüberprüfung und Hypothese auf?</li> </ol>	
<b>Interne Validität</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie.</li> <li>2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen?</li> </ol>	
<b>Externe Validität</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung?</li> </ol>	
<b>Methoden</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt?</li> <li>2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungsteilnehmer gleich?</li> </ol>	
<b>Rechtlich-ethische Probleme</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt?</li> <li>2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde?</li> </ol>	
<b>Instrumente</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Physiologische Messungen <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Wird erklärt, weshalb ein bestimmtes Instrument / Verfahren ausgewählt wurde?</li> <li>b) Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um die Genauigkeit des Instruments sicherzustellen?</li> </ol> </li> <li>2. Beobachtungsmethoden <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Wer führte die Beobachtungen durch?</li> <li>b) Wie wurden die Beobachter geschult, um Verfälschungen auszuschliessen?</li> <li>c) Gab es Richtlinien für die Beobachtungen?</li> <li>d) Mussten die Beobachter Folgerungen aus ihren Beobachtungen ableiten?</li> <li>e) Gibt es Grund zur Annahme, dass die Anwesenheit der Beobachter das Verhalten der Untersuchungsteilnehmer beeinflusst hat?</li> </ol> </li> <li>3. Interviews <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Wer waren die Interviewer? Wie wurden sie geschult, um Verfälschungen auszuschliessen?</li> <li>b) Gibt es Anzeichen für Verfälschungen durch Interviewer? Wenn ja, welche?</li> </ol> </li> </ol>	

	<p>4. Fragebögen</p> <p>a) Welchem Typ ist der Fragebogen zuzuordnen und wie ist er gestaltet (z.B. Likertskala, offene Fragen)? Stimmt er/ stimmen sie mit der konzeptuellen Definition überein?</p> <p>5. Verfügbare Daten und Aufzeichnungen</p> <p>a) Werden die verwendeten Aufzeichnungen dem zu erforschenden Problem gerecht?</p> <p>b) Werden diese Daten zur Beschreibung der Stichprobe oder zur Überprüfung der Hypothese verwendet?</p>	
<b>Reliabilität und Validität</b>	<p>1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel?</p> <p>3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>4. Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb?</p>	
<b>Datenanalyse</b>	<p>1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariablen gewählt?</p> <p>2. Welche deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden werden angegeben?</p> <p>3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable?</p> <p>4. Sind die schliessenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend?</p> <p>5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanz-niveau an? Wenn ja, welches?</p> <p>6. Wenn Tabellen zu grafische Darstellungen benutzt werden, entsprechen sie den folgenden Kriterien?</p> <p>a) Sie sind eine Ergänzung zum Text und helfen, ihn sinnvoll zu gestalten.</p> <p>b) Die dazugehörigen Titel und Überschriften sind präzise formuliert.</p> <p>c) Im Text findet keine blosser Wiederholung der Tabellen statt.</p>	
<b>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</b>	<p>1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?</p> <p>2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert?</p> <p>3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe?</p> <p>4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein?</p> <p>5. Welche Verallgemeinerungen gibt es?</p> <p>6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus?</p> <p>7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert?</p>	



<b>Anwendung und Verwertung in der Praxis</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?</li> <li>2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?</li> <li>3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden?</li> <li>4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?</li> <li>5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?</li> <li>6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden?</li> <li>7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</li> </ol>	
---	--	--

(Lobiondo-Wood & Haber, 2005)

## E. Zusammenfassungen und Beurteilungen der quantitativen Studien

**Chapman, R., Watkins, R., Bushby, A. & Combs, S. (2012). Family-Witnessed Resuscitation: Perceptions of Nurses and Doctors Working in an Australian Emergency Department. *International Scholarly Research Network: Emergency Medicine*, in Press. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.isrn.com/journals/em/2012/369423/> [Zugriff am 20. August 2012]**

**Ziel:** Wahrnehmung von Fachpersonen zu FWR beschreiben, vergleichen und verstehen. Die Unterschiede werden in Bezug zu empfinden der Selbstsicherheit, Risiken und Vorteilen untersucht.

**Design:** Quantitative Querschnittstudie

**Setting:** Notfallabteilung

**Stichprobe:** Pflegefachpersonen und Ärzte (n=102)

**Methode:** Anonymisierter Fragebogen mit 5-Punkt Liker-Skala. Validierte Instrumente: R-BS Fragebogen mit 20 Items, S-CS mit 16 Items. Beinhaltet auch soziodemographische Elemente. Zwei offene Fragen am Ende: „Hauptgrund Familie FWR anzubieten“ und „Hauptgrund ein Familienmitglied der Reanimation nicht beiwohnen zu lassen“.

**Ergebnisse:** Fachpersonen mit Spezialisierung, höherer Qualifikation und mit mehr Erfahrung mit FWR sehen mehr positive Aspekte als Risiken. Fachpersonen die sagen, dass Angehörige selbst am besten wissen, ob sie dabei sein wollen, sehen ebenfalls weniger Risiken als Vorteile.

Fachpersonen mit Spezialisierung mehr Erfahrung in ihrer Rolle und mehr Erfahrung mit FWR sind deutlich selbstsicherer in ihrer Fähigkeit FWR zu managen. Bei älteren Pflegefachpersonen wird dies besonders deutlich. Pflegefachpersonen die einer Reanimation von ihren Angehörigen schon beigewohnt haben, waren ebenfalls signifikant selbstsicherer.

Positive Korrelation zwischen Empfinden von wenig Risiko / hohem Nutzen und höherer Selbstsicherheit.

Gründe Familie einzubeziehen: positiver Einfluss auf Trauerprozess, sehen können, dass alles Mögliche getan wurde. Gründe für Ausschluss: unakzeptables Verhalten, zu wenig Platz, gegen Willen der Angehörigen und wenn keine adäquate Unterstützung für Familie vorhanden war.

**Diskussion:** Erste Studie die anhand R-BS und S-CS die Wahrnehmung von Risiko, Nutzen und Selbstsicherheit bzgl. Management von FWR vergleicht. Zwischen den Berufsgruppen wurden kaum Unterschiede gefunden, was sich durch die kleine Anzahl an teilnehmenden Ärzten erklären lässt. Der Einfluss einer Spezialisierung und höherer Ausbildung wurde schon in früheren Studien aufgezeigt. Der Zusammenhang zwischen mehr FP-Erfahrung, weniger Risiken, mehr Vorteilen und mehr Selbstvertrauen in der Durchführung ebenfalls. Persönliche Präferenz hat einen Einfluss auf die klinische Entscheidungsfindung bzgl. FP.

Unterschiede Ärzte/PFP: PFP wünschen eher eine Patientenverfügung für FWR, ältere PFP sind selbstsicherer als jüngere, nur bei Ärzten gibt es signifikanten Unterschied bzgl. Empfinden von Risiko und Nutzen in Zusammenhang mit Erfahrung und Dienstalter. Mehr Forschung zur Klärung des Grundes, warum PFP eine Patientenverfügung wollen und inwiefern das Erfahrung und Dienstalter einen Einfluss haben wäre wünschenswert.

<b>Kritische Beurteilung nach LoBiondo-Wood &amp; Haber (2005): Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Forschungen</b>	
<b>Darstellung des Problems und des Ziels</b> 1/1	Das Ziel wird in den aktuellen Kontext der Forschung zu FP eingegliedert. Die zu untersuchende Population wird beschrieben. Nach Angaben des Forschers hat das Problem eine hohe Signifikanz, dies leitet er aus aktueller Literatur ab. Es werden Variablen diskutiert, welche die Haltung der Fachpersonen zu FP beeinflussen können.
<b>Literaturrecherche und theoretischer Bezugsrahmen</b> 1/1	In der Literaturrecherche wird das Konzept FP beschrieben. Dies geschieht mehrheitlich anhand von Primärliteratur. Die bisherige Literatur ermögliche nur begrenzte Vergleiche zwischen der Haltung von Pflegefachpersonen und Ärzten, diese Lücke will die Studie schliessen. Es werden verschiedene Faktoren erwähnt, welche die Haltung gegenüber FP beeinflussen können.
<b>Hypothesen / Forschungsfragen</b> 0.5/1	Der Forschungsinhalt der Studie wird hinreichend mittels aktueller Literatur begründet. Das Ziel wird beschrieben, aber keine exakte Forschungsfrage spezifisch erwähnt. Es werden keine Hypothesen gebildet. Die Haltung kann als abhängige Variable und die anderen Faktoren als unabhängige Variable betrachtet werden
<b>Stichprobe</b> 0.5/1	Gelegenheitsstichprobe aller Pflegefachpersonen und Ärzte der Notfallabteilung. Da alle Personen der Notfallabteilung (die das Ziel der Studie ist) angeschrieben worden sind, ist die Wahl der Stichprobe sinnvoll. Allerdings birgt eine Gelegenheitsstichprobe immer qualitative Risiken im Hinblick auf Verallgemeinerungen.
<b>Forschungsdesign</b> 1/1	Es ist eine quantitative Querschnittstudie, welche auch einige qualitative Elemente einschliesst. Das Design wird in Bezug zum Ziel der Studie begründet und scheint sinnvoll zu sein. Der Ablauf der Studie ist logisch und nachvollziehbar.
<b>Interne Validität</b> 0.5/1	Da hier Personen befragt wurden, welche zusammen arbeiten, kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Meinungen der Teammitglieder durch Diskussionen beeinflusst worden sind. Diese Diskussionen können aber unabhängig von der Studie im Verlauf der Zusammenarbeit stattgefunden haben und werden deshalb nicht als direkte Gefahr für die interne Validität angesehen. Die Forschenden haben keinen Einfluss auf die Resultate (keine direkten Interviews, standardisierte Fragebögen).
<b>Externe Validität</b> 0.5/1	Es wird ausdrücklich Personal einer Notfallabteilung befragt. Übertragung der Ergebnisse auf andere Abteilungen ist schwierig. Durch die ungleiche Vertretung der Berufe in der Stichprobe sind grosse Verallgemeinerungen nicht möglich.
<b>Methode</b> 1/1	Allen Pflegefachpersonen und Ärzten der Notfallabteilung wird ein Fragebogen in elektronischer Form zugestellt. Die Datenerhebung erfolgt für alle Personen gleich.
<b>Rechtlich-ethische Probleme</b> 1/1	Die Studie wurde durch die Ethikkommission der Universität und des Spitals genehmigt. Die Teilnahme war freiwillig und mit keinerlei Vorteilen oder Nachteilen verbunden.

	Einwilligung wurde bei Zurückschicken des ausgefüllten Fragebogens vorausgesetzt.
<b>Instrumente</b> 1/1	Der Fragebogen wurde bereits in einer anderen Studie verwendet, die Erlaubnis des Autors wurde eingeholt. Der Fragebogen enthielt Aufnahme von soziodemographischen Daten, validierte Instrumente zur Erfassung der Selbstsicherheit und der Risiken/Nutzen wurden verwendet (geschlossene Fragen mit Likertskala). Zusätzlich wurden zwei offene Fragen angeführt, um genauere Informationen zur Haltung gegenüber FP zu erhalten.
<b>Reliabilität und Validität</b> 1/1	Für die Validität und Reliabilität wird auf eine weitere Studie verwiesen, in welcher diese getestet worden sind.
<b>Datenanalyse</b> 1/1	Die Datenanalyse ist für die verschiedenen Teile des Fragebogens separat erklärt und erfolgt mittels üblicher Methoden der deskriptiven Statistik. Für den Vergleich der Resultate in Bezug zu soziodemographischen Informationen, wurde der Mann-Whitney U-Test verwendet. Die Signifikanz wurde mittels t-Test ermittelt. Der qualitative Inhalt wurde nach Kernthemen kodiert. Die p-Werte für einzelne Items sind in der Tabelle angegeben. Die Tabellen sind übersichtlich, gut beschriftet und liefern zusätzliche Informationen.
<b>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</b> 1/1	Die Interpretation der Resultate erfolgt in Bezug zur Literatur und der Problemstellung. Als Schwäche der Studie betrachtet die Forscher die Gelegenheitsstichprobe und die kleine Anzahl Ärzte im Vergleich zu den Pflegefachpersonen, was die Datenanalyse erschwerte und Verallgemeinerungen schwierig macht. Für weitere Forschung empfiehlt er Längsschnittstudien mit grösseren Stichproben und auch Interventionsstudien.
<b>Anwendung und Verwertung in der Praxis</b> 1/1	Die Studie ist trotz einiger Schwächen sinnvoll und liefert interessante Ergebnisse. Für die Praxis sind die Resultate für das Erstellen zukünftiger Studien interessant und liefern wichtige Hinweise, wenn es um eine mögliche Implementierung von FP geht.
<b>Gesamtbewertung</b>	Die Studie erreicht 12/14 Punkten und wird damit einbezogen.

**Feagan, L.M. & Fisher, N.J. (2011). The Impact of Education on Provider Attitudes Toward Family-Witnessed Resuscitation. *Journal of Emergency Nursing*. 37 (3). 231-239.**

**Ziel:**

Phase I: Lokale Trends der Haltung gegenüber FWR untersuchen.

Phase II: Effekt einer Weiterbildung in FWR (evidence based) testen.

**Design:** 2-Phasen Prä-/Posttest Studie

**Setting:** Phase I: Notfall- und Bettenstationen von 2 Akutspitälern. Phase II: Regionalspital

**Stichprobe:** Phase I: Gelegenheitsstichprobe aller Pflegefachpersonen und Ärzte der beiden Spitäler. ( 27 Ärzte, 113 Pflegefachpersonen). Phase II: Teilnehmer der Weiterbildung (44 der Teilnehmenden und 50 zuvor Befragte).

**Methode:** Fragebogen, 4-Punkt Likert-Skala, vor und nach Teilnahme an der Weiterbildung, inkl Erhebung demographischer Daten.

Intervention: Während 2 Monaten wurden an Abteilungssitzungen ein 40 minütiges Weiterbildungsprogramm durchgeführt.

**Ergebnisse:** Phase I: Ärzte mit mehr Berufserfahrung und solche mit viel Rea-Erfahrung (insb. jene, die bereits FWR-Erfahrung haben) waren gegenüber FWR positiver. Ärzte und PFP die bereits FWR-Weiterbildung gemacht haben, waren grundsätzlich positiver bzgl. FWR (jedoch nicht signifikant).

Phase II: PFP die nie FWR-Weiterbildung hatten, gaben signifikant negativere Antworten (und signifikant negativer als Personen nach der Weiterbildung).

**Diskussion:** Wenige Studien untersuchen Zusammenhang zwischen Weiterbildung und Haltung gegenüber FWR, die Resultate sind mit der Studie vergleichbar. Je mehr Erfahrung mit Reanimation jemand hat, umso eher hat diese Person schon FWR-Erfahrung gemacht und ist dann diesbezüglich positiver eingestellt. Weiterbildung wurde als wichtiger Faktor für die Unterstützung von FWR identifiziert. Vorhandensein einer schriftlichen Guideline gibt Fachkräften Sicherheit bei der Umsetzung. Die Unterstützung von FWR wird auch dadurch erhöht, dass gemäss Guideline eine speziell geschulte Person sich vor, während und nach FWR um die Familie kümmert.

Die Autoren empfehlen zur Einführung von FWR die Evaluation institutionelle/klinischerr Barrieren, multidisziplinären Konsens, FWR-Kriterien und die Abklärung rechtlicher Aspekte. Insbesondere ist eine evidenzbasierte Weiterbildung wünschenswert.

**Kritische Beurteilung nach LoBiondo-Wood & Haber (2005): Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Forschungen**

**Darstellung des Problems und des Ziels**

1/1

Das Ziel der Studie wird aus der erörterten Mangel von Guidelines zu FWR und dessen vermuteten Zusammenhang zur Einstellung der Fachkräfte abgeleitet. Das Thema hat eine aktuelle Signifikanz für die Praxis.

**Literaturrecherche und theoretischer Bezugsrahmen**

1/1

Im Einleitungsteil wird auf das kontroverse Thema FWR eingegangen und den Mangel an Guidelines an vielen Spitälern erwähnt und mit Literatur belegt. Auch der Einfluss von Weiterbildung auf die Einstellung wird diskutiert. Konzept für Veränderung von Lewin wird angesprochen.

**Hypothesen / Forschungsfragen**

1/1

Einerseits soll die aktuelle Haltung zu FWR untersucht werden, um dann zu schauen, ob und wie diese durch evidenzbasierte Weiterbildung beeinflusst wird. Resultate aus Phase I fliessen direkt in die Erarbeitung der

	Weiterbildung (Phase II) ein. Die Intervention (Weiterbildung) wird beschrieben.
<b>Stichprobe</b> 0.5/1	Es handelt sich um eine Gelegenheitsstichprobe an zwei Spitälern (ein Unispital, ein Regionalspital). Befragt wurden Ärzte und Pflegefachpersonen. Stichprobe ist für Beantwortung der Fragestellung geeignet. Die Stichprobe ist relativ klein und es wird keine Angabe über Mindestgrösse gemacht.
<b>Forschungsdesign</b> 1/1	2-Phasen Prä-/Posttest Interventionsstudie. Die Abfolge ist logisch und das gewählte Design passend.
<b>Interne Validität</b> 0.5/1	Gefahren für interne Validität könnten Gespräche – ausgelöst durch Studie – sein, welche die Teilnehmenden untereinander führen, bevor sie den Fragebogen ausfüllen. Die Weiterbildung wurde standardisiert und es wurden sowohl positive als auch negative Aspekte von FWR behandelt, um nicht einseitig zu beeinflussen. In der Phase vor der Weiterbildung setzen sich die Teilnehmenden ev. vermehrt mit dem Thema auseinander. Es kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, dass ihre Haltung ausschliesslich durch Fortbildung beeinflusst wird.
<b>Externe Validität</b> 1/1	In der Stichprobe wurden auch Subgruppen untersucht, welche repräsentativ für die Population sind, welche an anderen Spitälern angetroffen werden können. Die Aussagen in der Diskussion sind durch die Resultate begründet.
<b>Methode</b> 1/1	Die Methode der Datensammlung erfolgt mittels Fragebogen und ist für alle Beteiligten gleich.
<b>Rechtlich-ethische Probleme</b> 1/1	Bei den Teilnehmenden der Untersuchung handelt es sich ausschliesslich um Fachpersonen. Es war ihnen freigestellt, teilzunehmen. Die Studie stellt kein Risiko für Personen dar, die daran teilnehmen. Die Studie wurde durch ein institutionellen Forschungsrat genehmigt.
<b>Instrumente</b> 1/1	Datenerhebung erfolgte mittels eines Fragebogens. (4-Punkt Likert-Skala). Er war für alle Beteiligten gleich und stimmt mit der Problembeschreibung überein. Die erhobenen demographischen Daten werden zur Beschreibung der Stichprobe herangezogen.
<b>Reliabilität und Validität</b> 1/1	Die Validität des Fragebogens wurde durch 3 Pflegeforscherinnen überprüft. Es wird eine andere Studie mit vergleichbarem Fragebogen herangezogen, dessen Validität ebenfalls für gut befunden worden war. (Cronbach Alpha: 0.884 (Phase I), 0.882 (Phase II))
<b>Datenanalyse</b> 1/1	Signifikanz: $P < 0.05$ . Verwendete statistische Methoden: Standardabweichung, Mittelwert (95% Konfidenzintervall), t-Test. Tukey, Spearmans Rho. Sie erfüllen ihren Zweck zur Beantwortung der Forschungsfrage. Tabellen geben zusätzliche, gut aufbereitete Informationen.
<b>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</b>	Die Resultate werden in Bezug zu vergleichbaren Studien gesetzt. Die Studie hat sich auf Wirkung der Weiterbildung auf Untergruppen konzentriert. Die Untersuchung bzgl. Individuen könnte weitere Resultate hervorbringen. Es

1/1	wurden keine Variablen bzgl. Kultur, Ethnie oder Religion erhoben, welche allerdings auch einen Einfluss auf die Haltung haben könnten. Die Studie füllt eine aktuelle existierende Lücke.
<b>Anwendung und Verwertung in der Praxis</b> 1/1	Notfallpflegende können führende Rolle in Umsetzung von FWR übernehmen, in dem sie ihr Wissen vertiefen und ihre Erfahrung mit anderen teilen und sich für Guidelines einsetzen. Um FWR einzuführen, sei es sinnvoll spezifische Barrieren in der Institution zu untersuchen und diese bei der Weiterbildung einzubeziehen.
<b>Gesamtbewertung</b>	13/14. Die Studie wird einbezogen.

<b>Compton, S., Levy, P., Griffin, M., Waselewsky, D., Mango, L.M. &amp; Zalenski, R. (2011). Family-Witnessed Resuscitation: Bereavement Outcomes in an Urban Environment. <i>Journal of Palliative Medicine</i>, 14 (6), 715-721</b>	
<b>Ziel:</b> Vergleich trauerbedingter Depression und PTSD Symptomen zwischen Angehörigen die während der Reanimation im Wartesaal waren und jenen, die der Reanimation beiwohnen konnten.	
<b>Design:</b> prospektive, quasi-experimentelle Vergleichsstudie	
<b>Setting:</b> Notfallstation zweier vergleichbar grossen, städtischen und akademischen Spitälern	
<b>Stichprobe:</b> Angehörige über 18 Jahre, englischsprachig, FWR n=24, non-FWR n=41, hauptsächlich Afro-Amerikanische Bevölkerung	
<b>Methode:</b> In einem Spital wurde Angehörigen FWR angeboten, im anderen nicht. Begleitung erfolgte durch speziell geschulte Nurse Practitioners. Nach der Reanimation wurden diese angefragt, ob sie bereit wären teilzunehmen. Falls ja, wurden sie 30 und 60 Tage später telefonisch befragt. Erfragt wurden demographische Daten sowie Fragen aus 2 Assessment-Instrumenten: CES-D (Center for Epidemiological Studies- Depression) und PSS-SR (PTSD Symptom – self report). <b>CI: 95%</b>	
<b>Ergebnisse:</b> Insgesamt zeigten alle Teilnehmenden ein erhöhtes Level bei Depression und PTSD. Allerdings gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Die Abnahme über Zeit der CES-D Scores war bei der FWR-Gruppe signifikant grösser. Zur Analyse wurden Gruppen gebildet mit allen Personen, die Zeuge der CPR waren (FWR im Spital, CPR ausserhalb) und solchen, nicht zu keinem Zeitpunkt dabei waren. Auch hier gab es keine signifikanten Unterschiede.	
<b>Diskussion und Schlussfolgerung:</b> Es handle sich um eine der grössten Studien zur Untersuchung des Trauer-Outcomes („bereavement outcome“). Insgesamt zeigen die Resultate keine Beweise dafür, dass die Trauerverarbeitung bei FWR substantiell besser sind. Die Depressionssymptome waren nachhaltig über die ganzen 60 Tage. 45% der Studienteilnehmer waren zum Zeitpunkt des Kollapses bei den Patienten und wurden somit Zeuge von CPR. Obwohl das die Analyse der Resultate für die Studie erschwert hat, stellt es die gängige Praxis in Frage, Angehörige abzuschirmen.	
<b>Kritische Beurteilung nach LoBiondo-Wood &amp; Haber (2005): Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Forschungen</b>	
<b>Darstellung des</b>	Das Problem wird im Kontext aktueller Literatur beleuchtet



<b>Problems und des Ziels</b> 1/1	und daraus eine Fragestellung abgeleitet. Die Studie will herausfinden, ob FP (unabhängige Variable) auf das Outcome der Patienten bzgl. Depression und PTSD (abhängige Variable). Die Population wird beschrieben und die Signifikanz des Themas dargelegt.
<b>Literaturrecherche und theoretischer Bezugsrahmen</b> 1/1	Es wird ein Überblick über aktuelle Forschungsergebnisse gegeben. In der Literaturrecherche geht es um das Konzept FP und insbesondere um die Auswirkungen von FP auf die Angehörigen. Hier identifiziert der Autor eine Forschungslücke, welche in dieser Studie angegangen werden soll.
<b>Hypothesen / Forschungsfragen</b> 0.5/1	Das Forschungsziel wird mit aktueller Literatur glaubwürdig begründet. Es werden keine Hypothesen explizit erwähnt. Es wird nicht explizit mit Variablen gearbeitet, allerdings kann FP als unabhängige und das Outcome als abhängige Variable herangezogen werden.
<b>Stichprobe</b> 0.5/1	Für die Stichprobe kamen erwachsene Angehörige in Frage, die während der Reanimation auf der Notfallabteilung anwesend waren. Als Kontrollgruppe kamen Angehörige in Frage, die während einer erfolglosen Reanimation draussen gewartet haben (nach Abbruch der Reanimation identifiziert). In die Interventionsstudie wurden Angehörige während der Reanimation identifiziert und eingeschlossen, die sich für FP eigneten (relativ ruhig, kein Zeichen von Aggression) und das Angebot der FP genutzt haben. Die Stichprobengrösse war mit 65 eher klein, wobei aufgrund von Machbarkeit eine Zielgrösse von 60 angestrebt wurde. Diese Erwartung wurde übertroffen, allerdings ist die Aufteilung in die beiden Gruppen nicht gleichmässig.
<b>Forschungsdesign</b> 0.5/1	Die Wahl des quasi-experimentellen Designs ist für die Forschungsfrage geeignet und ist einfach umsetzbar. Die Wahl wird in der Studie begründet. Der Ablauf der Studie ist logisch aufgebaut. Es wurde bewusst kein randomisiertes Studiendesign gewählt, da in den beiden Notfallabteilungen sowohl starke Befürwortung wie auch Ablehnung identifiziert worden ist. Das Risiko, dass die Randomisierung nicht eingehalten würde, wäre zu gross.
<b>Interne Validität</b> 0.5/1	Die Stichprobenbildung wird durch die Forscher beeinflusst. Dies ist zwar bei quasi-experimentellen Studien üblich, da sie nicht randomisiert kontrolliert ablaufen, verringert aber die interne Validität.
<b>Externe Validität</b> 0.5/1	Aufgrund des Designs der Studie, ist die vermutete externe Validität hoch. Allerdings wird diese aufgrund der Stichprobengrösse eingeschränkt.
<b>Methode</b> 1/1	Die Datenerhebung erfolgte telefonisch, 30 und 60 Tage nach der Reanimation. Sie erfolgte für alle Teilnehmenden gleich. Es wurden validierte Instrumente verwendet.
<b>Rechtlich-ethische Probleme</b> 0.5/1	Die Teilnehmenden wurden nur telefonisch kontaktiert, wenn diese ihr Einverständnis gaben. Dieses wurde durch einen Forschungsassistenten persönlich bei einem Vertreter der



	Familie eingeholt. Die Studie wurde vom Forschungsausschuss der Wayne State Universität bewilligt. Es darf davon ausgegangen werden, dass diese ethische Bedenken behandelt haben, allerdings wird dies nicht spezifisch erwähnt.
<b>Instrumente</b> 1/1	Die Datenerhebung erfolgt über telefonische Interviews 30 und 60 Tage nach Reanimationseignis. Es gibt keine Anzeichen auf Verfälschung durch den Interviewer. Die operationelle Definition für schwierigen Trauerprozess erfolgte über Symptome von Depression und PTSD.
<b>Reliabilität und Validität</b> 0.5/1	Zur Erhebung der Symptome wurden validierte Instrumente genutzt. Die genauen Werte für Validität und Reliabilität werden nicht angegeben, aber die Instrumente werden mit Verweis auf frühere Studien als gut akzeptiert bezeichnet
<b>Datenanalyse</b> 0.5/1	Datenanalyse erfolgte mittels deskriptiver Statistik. Für den Vergleich der Mittelwerte wurde der t-test herangezogen. Konfidenzintervall wird mit 95% angegeben. Zur Vereinfachung der Interpretation wurden die Werte für Depressions- und PTSD-Symptome gemäss einer Guideline in Kategorien eingeteilt. Um der unterschiedlichen Grösse Rechnung zu tragen, wurde multivariable hierarchische Regressionsmodelle verwendet.
<b>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</b> 1/1	Die gefundenen Resultate werden präzise ausgewertet und im Kontext ähnlicher Literatur und des theoretischen Rahmens interpretiert. Die Forscher sind sich der Schwächen der Studie bewusst (Zeitspanne und Intensität von FP bei verschiedenen Angehörigen sehr unterschiedlich, Selektionsbias bei Bildung der Stichproben) und sind entsprechend vorsichtig bei der Verallgemeinerung der Ergebnisse. Es werden keine Verallgemeinerungen vorgenommen, die über die Resultate hinausgehen. Da es wenig vergleichbare Studien zu diesem sehr aktuellen Thema gibt, ist die Relevanz trotzdem gegeben und die Studie liefert interessante Hinweise. Es bedarf mehr und grösser angelegten Studien in dem Bereich.
<b>Anwendung und Verwertung in der Praxis</b> 1/1	Da sich die Forscher der Schwächen der Studie bewusst sind und diese offen diskutieren, ist die Studie trotzdem verwendbar. Aus den Forschungsergebnissen kann aufgrund ihrer Art keine direkte Praxisanwendung abgeleitet werden, allerdings liefert die Studie wichtige Informationen für zukünftige Studien. Sie ist ein weiterer Beitrag zur Diskussion rund um FP.
<b>Gesamtbewertung</b>	Die Studie erhält 10.5/14 Punkten und wird damit einbezogen.

<b>Köberich, S., Kaltwasser, A., Rothaug, O. &amp; Albarran J. (2010). Family witnessed resuscitation - experience and attitudes of German intensive care nurses. <i>Nursing in Critical Care</i>. 5 (5). 241-250.</b>	
<b>Ziel:</b> Haltung von deutschen Intensivpflegenden gegenüber FP zu erforschen.	
<b>Design:</b> Deskriptive Querschnittstudie	
<b>Setting:</b> Intensivpflege	
<b>Stichprobe:</b> Gelegenheitsstichprobe, n= 394 Intensivpflegende, die eine Konferenz besuchten, davon haben 166 geantwortet (42.1%).	
<b>Methode:</b> Fragebogen wurde an die Teilnehmenden einer Konferenz für Intensivpflegende verteilt. Er enthält vier Teile: biografische Informationen, dichotome Fragen bezüglich Erfahrung mit FP, Fragen mit 5-Punkt-Likertskala zur Haltung gegenüber FP, offener Teil für Bemerkungen in Zusammenhang mit FP.	
<b>Ergebnisse:</b> Knapp über 40% der Befragten hatten bereits Erfahrung mit FP, bei rund 65% waren diese negativ. 6% gaben an, dass diesbezüglich eine Richtlinie besteht. 67.5% waren nicht oder überhaupt nicht damit einverstanden, dass Angehörigen FP als Option angeboten werden sollte. Beinahe 55% wollten keine Angehörigen dabei haben bei der Reanimation. 56.0% sagten aus, dass FP die Leistung des Teams negativ beeinflussen könnte. Bezüglich Outcome (negative emotionale Langzeitwirkung, FP als Unterstützung für Trauerprozess, Verlängerung der Reanimation, Gefahr rechtlicher Schritte) waren sich die Teilnehmenden uneinig. Jedoch stimmte eine Mehrheit der Aussage zu, dass FP das Verständnis bei Angehörigen fördern könnte. Aus dem qualitativen Teil ergaben sich folgende Hauptthemen: Gewaltandrohung (durch überforderte Angehörige), individuelle Entscheidungsfindung (von Fall zu Fall, je nach Angehörigen), Familien unterstützen (genügend Personal und Platz für Betreuung) und Einbezug der Familie (auch positive Aspekte wurden hier genannt)	
<b>Diskussion und Schlussfolgerung:</b> Nur 20% der Befragten beschrieben ihre FP-Erfahrung als positives Erlebnis. Dies ist leicht mehr als in früheren deutschen Studien und vergleichbar mit einer anderen europäischen Studie. Allerdings ist es deutlich weniger als in einer Studie mit Notfallpflegenden aus Europa. Ein Problem der Studie war, dass nicht erkenntlich wurde, warum ein Erlebnis negativ oder positiv war. Eventuell spielen auch organisatorische (personelle oder räumliche) Faktoren eine Rolle bei der negativen Haltung. Ein weiterer Faktor sind fehlende Richtlinien, welche ihren Teil zur Verunsicherung des Personals beitragen können.	
<b>Kritische Beurteilung nach LoBiondo-Wood &amp; Haber (2005): Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Forschungen</b>	
<b>Darstellung des Problems und des Ziels</b> 1/1	Das Ziel der Studie wird beschrieben und aus einer Problemstellung abgeleitet. In der Problembeschreibung wird angesprochen, dass es eine Beziehung zwischen FP-Erfahrung und Haltung zu FP zu geben scheine. Dies geschieht mit aktueller Literatur. Die untersuchte Population wird beschrieben. Die aktuelle Signifikanz des Themas wird gut dargelegt.
<b>Literaturrecherche und theoretischer Bezugsrahmen</b> 1/1	Das Konzept FP wird hauptsächlich anhand von Primärliteratur erläutert und in aktuellen Kontext eingebettet. Die angesprochene Lücke in der Forschung zu FP in Deutschland, zu dessen Schliessung diese Studie beitragen soll wird aufgezeigt.

<b>Hypothesen / Forschungsfragen</b> 1/1	Die Forschungsfrage ist klar formuliert und begründet und in der aktuellen Literatur eingebettet. Die Studie arbeitet ausschliesslich mit der Forschungsfrage und bildet keine Hypothese, da es um eine Aufnahme der Ist-Situation geht. Die Variablen, die untersucht werden, werden beschrieben.
<b>Stichprobe</b> 0.5/1	Es wird eine Gelegenheitsstichprobe verwendet. Die Art der Stichprobe ist für das Design geeignet. Da die Erhebung an einem Kongress erfolgt, könnten spezifisch Fachpersonen der Zielpopulation angesprochen werden. Diese kommen aus unterschiedlichen Spitälern aus dem südlichen Teil des Landes. Die Stichprobe ist allerdings nicht repräsentativ.
<b>Forschungsdesign</b> 1/1	Es wird ein deskriptives Design für diese Querschnittstudie gewählt. Aufgrund der Forschungsfrage ist das Design zweckmässig. Der Ablauf der Studie ist logisch.
<b>Interne Validität</b> 0.5/1	Die einzige Gefahr für die interne Validität war, dass die Teilnehmenden untereinander – ausgelöst durch den Fragebogen – das Thema FP diskutieren, bevor sie den Fragebogen ausfüllen.
<b>Externe Validität</b> 1/1	Die Resultate werden mit früheren ähnlichen Studien verglichen und betten sich in diese bestehende Literatur ein. Für die untersuchte Population sind die Resultate übertragbar.
<b>Methode</b> 1/1	Die Datenerhebung erfolgte mittels Fragebogen (geschlossene und offene Fragen) und war für alle Studienteilnehmer gleich.
<b>Rechtlich-ethische Probleme</b> 1/1	Mit der Abgabe des ausgefüllten Fragebogens, gaben die Befragten ihre Zustimmung. Da es sich um Fachpersonen handelt, die lediglich einen Fragebogen ausfüllen sollten, werden keine ethischen Probleme gesehen.
<b>Instrumente</b> 1/1	Datenerhebung erfolgte mittels eines Fragebogens. Dieser erhebt demographische Daten, geschlossene Fragen (30 Items, 5-Punkt Likert-Skala) und enthält einen offenen Teil zum Schluss, für Anmerkungen der Teilnehmenden. Er war für alle Beteiligten gleich und stimmt mit der Problembeschreibung überein. Zudem wurden demographische Informationen erhoben.
<b>Reliabilität und Validität</b> 0.5/1	Es werden keine genauen Angaben zu Validität oder Reliabilität gemacht. Der Fragebogen wurde im Rahmen einer früheren Studie entwickelt und von dort übernommen und übersetzt.
<b>Datenanalyse</b> 0.5/1	Es wird kein angestrebtes Messniveau und keine Signifikanz-Niveau angegeben. Es wird ein Statistikprogramm für Sozialwissenschaften zur Analyse verwendet. Es werden die üblichen Daten der deskriptiven Statistik angegeben (Angabe in Prozent, Standardabweichung, Mittelwert). Für die qualitativen Antworten erfolgte eine thematische Analyse. Die verwendeten Tabellen zur Darstellung der Resultate sind sinnvoll gewählt und präzise formuliert.

<b>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</b> 1/1	Die Resultate werden vor dem Hintergrund der Problemstellung und mithilfe von Literatur interpretiert. Als mögliche Schwäche wird angegeben, dass nur Personen geantwortet haben, die sich tatsächlich für das Thema interessieren und der Fragebogen nicht erlaubte, spezifische Erlebnisse zur Begründung der Antworten aufzuschreiben. Die Relevanz ist dadurch gegeben, dass es für Deutschland bisher kaum solche Studien gab und diese wertvolle Informationen liefern, die bei einer Einführung von FP beachtet werden sollten. Es werden keine Verallgemeinerungen gemacht, die über die Forschungsergebnisse hinausgehen.
<b>Anwendung und Verwertung in der Praxis</b> 1/1	Die Studie ist insgesamt sinnvoll. Sie weist leichte Schwachstellen auf (Repräsentativität, Stichprobengröße), ist aber dennoch sinnvoll und ein weiterer Schritt auf diesem Themengebiet. Es liegen andere Studien mit ähnlichen Ergebnissen vor. Die Ergebnisse sind für die Pflegepraxis interessant. Sie zeigt Themen auf, die bei einer Implementierung aufgegriffen werden müssen.
<b>Gesamtbewertung</b>	Die Studie erhält 12/14 Punkten und wird damit einbezogen.

<b>Oman, K.S. &amp; Duran, C.R. (2010). Health Care Providers' Evaluations of Family Presence During Resuscitation. <i>Journal of Emergency Nursing</i>, 36 (6), 524-533.</b>	
<b>Ziel:</b> Zu bestimmen wie häufig Angehörige während der Reanimation anwesend sind und die Erfahrung von Fachpersonen mit diesem Vorgehen zu untersuchen.	
<b>Design:</b> Deskriptive Querschnittstudie <b>Setting:</b> Akademisches Akutspital mit 407 Betten <b>Stichprobe:</b> Fachpersonen welche an Reanimationen beteiligt waren, bei denen Angehörige anwesend waren. (Automatische Erfassung von solchen Ereignissen durch das implementierte Qualitätssicherungsprogramm.) Zu den Fachpersonen zählen Pflegefachpersonen, Physiotherapeuten und Ärzte. 65 Fachpersonen von 134 angeschriebenen haben geantwortet. 42 davon waren Pflegefachpersonen. 71% der Patienten überlebten mindestens bis zum Transfer ins Herzkatheterlabor oder auf die Intensivstation.	
<b>Methode:</b> Fragebogen mit geschlossenen (5-Punkt-Likertskala) und offenen Fragen, welcher an alle an einer Reanimation mit FPDR beteiligten Fachpersonen per Mail geschickt wurde. Analyse mit deskriptiver Statistik und qualitativer Inhaltsanalyse (Kodierung in Überbegriffen).	
<b>Ergebnisse:</b> 59% antworteten, dass Angehörige die Reanimation emotionell tolerieren konnten. In 88% der Fälle haben sie nicht mit den Reanimationsbemühungen interferiert. In 88% sei die Kommunikation im Team nicht beeinträchtigt gewesen. 70% der Befragten stimmten zu, dass Angehörige davon profitieren konnten. Uneinig waren sich die Teilnehmenden bezüglich Vorteil für die Patienten: 50% sahen keine Vorteile, während die anderen 50% Vorteile erkennen konnten. Inhaltsanalyse des qualitativen Teiles ergab folgende 3 Kernresultate: FPDR ist für Angehörige von Vorteil, FPDR ist emotional und eine Begleitperson ist notwendig.	

**Diskussion und Schlussfolgerung:** Die Studie gliedert sich in die Ergebnisse anderer aktueller Studien ein. Einige in anderen Studien genannte mögliche negative Effekte konnten hier nicht bestätigt werden. So wurde die Kommunikation innerhalb des Teams in den meisten Fällen nicht beeinträchtigt, was dafür spricht, dass die Teamperformance nicht gestört war. Von den Befragten erwähnte niemand Probleme mit Sicherheit in der Situation oder besondere Schwierigkeiten bei Abbruch der Massnahmen.

Die Rolle der Begleitperson für Angehörige ist unerlässlich. Dies zeigen andere Studien und dies wird auch hier wieder bestätigt. Leider gibt es keine Studien zu diesem Thema. Der Fokus der Studie lag bei der Meinung der Fachpersonen nicht der Laien. Aktuelle Literatur stützt FP (sie sehen, dass alles Machbare getan wurde, verstehen die Situation besser, hilft beim Verarbeiten der Situation und dem Trauerprozess und Angehörige empfinden ihre Anwesenheit als unterstützend). Weniger klar hingegen sind die Vorteile für Patienten selber. Zukünftige Studien sollen Outcomes vermehrt aus Perspektive der Patienten und Angehörigen betrachten.

**Kritische Beurteilung nach LoBiondo-Wood & Haber (2005). Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Forschungen**

<b>Darstellung des Problems und des Ziels</b> 1/1	Das Ziel (Aufnahme Ist-Zustand) wird in genau beschrieben und begründet. Die Population wird eingehend beschrieben. Die Signifikanz im Kontext der aktuellen Forschung wird dargelegt.
<b>Literaturrecherche und theoretischer Bezugsrahmen</b> 0.5/1	In der Literaturrecherche wird ein Überblick über das Thema FP gegeben und positive wie negative Aspekte werden genannt. Dazu werden mehrheitlich Quellen aus Primärliteratur verwendet. Grundlage der Studie sei ein ganzheitliches Modell, welches die Würde und Integrität der Angehörigen bewahren wolle. Die Studie soll Erfahrungen von Pflegefachpersonen mit FP ergründen. Dies an einem Spital, welches eine FP-Richtlinie eingeführt hat. Es wird nicht mit abhängigen und unabhängigen Variablen gearbeitet.
<b>Hypothesen / Forschungsfragen</b> 1/1	Die Forschungsfrage ist genau beschrieben und sie ist nachvollziehbar begründet. Untersucht werden soll Häufigkeit mit der FP stattfindet und die Erfahrungen der medizinischen Fachkräfte mit FP.
<b>Stichprobe</b> 0.5/1	Es handelt sich um eine Gelegenheitsstichprobe. Angeschrieben wurden medizinische Fachpersonen, welche kürzlich an einer Reanimation beteiligt gewesen waren, an der auch Angehörige anwesend waren (wird im Qualitätsmanagement des Spitals erfasst). Zeitraum: 1 Jahr. Die Stichprobengrösse war mit 65 Personen relativ klein.
<b>Forschungsdesign</b> 1/1	Das gewählte Design einer deskriptiven Querschnittstudie ist aufgrund der Forschungsfrage zweckmässig. Der Ablauf der Studie ist dargelegt und ist logisch.
<b>Interne Validität</b> 0/1	Gefahr für die interne Validität besteht darin, dass unter Umständen hauptsächlich Fachpersonen geantwortet haben, die sich für das Thema FP interessieren und eine bestimmte Meinung vertreten.
<b>Externe Validität</b>	Die Grenzen der externen Validität ist durch die Grösse der Stichprobe und durch die institutionellen Richtlinien der

0.5/1	Reanimation gegeben (FP-Richtlinie, Zusammensetzung Reanimationsteams),
<b>Methode</b> 1/1	Es wird ein elektronischer Fragebogen verwendet. Dieser beinhaltet 7 Fragen, davon 5 mit Likertskala und zwei offene, um gleichzeitig auch qualitative Informationen zu erheben. Um den Fragebogen kurz zu halten, wurden abgesehen vom Beruf keine demographischen Daten erhoben. Erhebungsmethode ist für alle Teilnehmer gleich.
<b>Rechtlich-ethische Probleme</b> 1/1	Das Beantworten des Fragebogens war freiwillig und mit keinerlei Zwang oder Vorteilen verbunden. Der Datenschutz für die Patienten war gewährleistet.
<b>Instrumente</b> 1/1	Der Fragebogen beinhaltet sowohl 5 geschlossene Fragen (Likertskala), als auch 2 offene. Er stimmt mit der Fragestellung und dem beschriebenen Konzept überein.
<b>Reliabilität und Validität</b> 1/1	Der Fragebogen wurden durch Mitglieder des Komitees für Reanimation des Spitals überprüft. Er hat einen guten Cronbach-Alpha-Wert von 0.81. Die Studie wurde ausserdem vom institutionellen Überprüfungsausschuss angeschaut und qualifiziert.
<b>Datenanalyse</b> 0/1	Für die Auswertung der geschlossenen Fragen kamen übliche Instrumente der deskriptiven Statistik zur Anwendung. Der qualitative Inhalt wurde systematisch in kodierte Cluster reduziert und anschliessend wurden Kategorien gebildet. Daraus wurden die Kernthemen abgeleitet. Es wird kein Signifikanzniveau für die Studie angegeben. Die verwendeten Tabellen sind übersichtlich und enthalten die Basisinformationen. Leider werden weder Mittelwert noch Standardabweichung angegeben.
<b>Schlussfolgerungen Implikationen und Empfehlungen</b> 1/1	Die Resultate werden mit aktueller Literatur in Verbindung gebracht und in diesen Kontext eingegliedert. Als Schwäche wird angegeben, dass zwischen Befragung und Reanimation 2-3 Wochen liegen und die Erinnerung an Details schon etwas abgenommen haben kann. Existierende Meinungen der Fachpersonen wurden nicht berücksichtigt und die Tatsache, dass hauptsächlich Pflegefachpersonen geantwortet haben, könnte einen Einfluss haben (diese sind insgesamt positiver eingestellt gegenüber FP). Die meisten Reanimationen waren erfolgreich, was das Resultat auch beeinflussen kann. Diese Punkte sollten in zukünftigen Studien berücksichtigt werden. Gemachte Aussagen sind durch die Resultate der Studie gedeckt. Die Relevanz im aktuellen Pflegekontext ist gegeben.
<b>Anwendung und Verwertung in der Praxis</b> 1/1	Die Studie ist trotz einiger Schwächen sinnvoll. Es ist ein guter Ansatz zur Erhebung der relevanten Informationen. Es wird von Erfahrungen von Fachpersonen ausgegangen, aber der Fokus wird auf die Angehörigen gelegt. Für die aktuelle Diskussion rund um FP gibt diese Studie interessante Hinweise.
<b>Gesamtbewertung</b>	Die Studie erhält 9.5/14 Punkten und wird damit einbezogen.

## F. Beurteilung von qualitativen Studien

### Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: .....

Forschungsfrage: .....

#### Glaubwürdigkeit

- |  |   |
|--|---|
| 1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?  | <i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> |
| 2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?                        | <i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i>                            |
| 3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?   | <i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i>                             |
| 4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? | <i>Wie erfolgte die Auswahl?</i>  |
| 5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?             | <i>Auch die Perspektive des Forschers?</i>  |
| 6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?  | <i>Methode der Datensammlung?</i>   |
| 7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?   | <i>Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik</i>                                 |
| 8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?   | <i>Wenn nein: warum nicht?</i>  |

#### Aussagekraft

- |   |  |
|---|--|
| 9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? | <i>Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i> |
| 10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?                    | <i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</i>                            |

#### Anwendbarkeit

- |  |
|--|
| 11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen? |
| 12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?  |

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

(Behrens & Langer, 2004)



## G. Zusammenfassungen und Beurteilungen der qualitativen Studien

<b>Lowry, E. (2012). "It's just what we do": a qualitative study of emergency nurses working with well-established family presence protocol. <i>Journal of Emergency Nursing</i>, 38 (4), 329-334.</b>	
<b>Ziel:</b> Nutzen und Nachteile für Angehörige bei FP aus Sicht von Notfallpflegefachkräften. FP aus Sicht der Pflegenden definieren.	
<b>Design:</b> Qualitative Studie <b>Setting:</b> Notfallabteilung <b>Stichprobe:</b> Gelegenheitsstichprobe von Pflegefachkräfte einer Notfallabteilung (n=76), wovon 19 bereit waren, an der Studie teilzunehmen.	
<b>Methode:</b> Datenerhebung erfolgte über 30-45 minütige Interviews durch die Forscherin (demographische Daten, offenen und halb-strukturierten Fragen.). Nach Transkibierung der aufgenommenen Interviews erfolge eine Inhaltsanalyse nach Planquist. Inhalte wurden in Kategorien codiert und von zwei Forschenden unabhängig voneinander bearbeitet.	
<b>Ergebnisse:</b> Folgender Nutzen für Angehörige wurde identifiziert: Angehörige können die Veränderung des Zustandes über die Zeit beobachten und verstehen und sehen, dass alles Mögliche unternommen wurde, um das Leben zu retten. FP wird von den Pflegenden als Einbezug der Angehörigen ins Team und als Betreuung und Unterstützung der Angehörigen empfunden. Keine einzige Pflegefachperson hat angegeben, Nachteile oder gar Schaden für die Angehörigen beobachtet zu haben. Zu etwaigen Nachteilen haben die interviewten Personen spekuliert, da nur eine unter ihnen ein negatives Erlebnis mit FP hatte (dabei waren zu viele Angehörige anwesend). In dieser Abteilung liegt keine genaue Definition der Begleitperson für Angehörige vor. Die Rolle wird von einer Pflegefachkraft übernommen. FP verstehen diese als „Einladung“ und als etwas ganz Normales. Vor Betreten des Raumes wird kurz erklärt, was die Angehörigen zu erwarten haben.	
<b>Diskussion und Schlussfolgerung:</b> In dieser Abteilung ist FP gut etabliert und wird von den Pflegefachkräften durchs Band positiv aufgenommen, dies obwohl sie auch angeben, dass es für sie persönlich manchmal Situationen sind, die schwer zu ertragen sind. Das Modell dieser Notfallabteilung kann anderen Spitälern dienlich sein, die FP implementieren möchten. Die Notwendigkeit Pflegenden Unterstützung anzubieten, welche FP miterleben, wurde in dieser Studie aufgezeigt.	
<b>Kritische Beurteilung nach Behrens und Langer (2004): Beurteilung einer Qualitativen Studie</b>	
<b>Glaubwürdigkeit</b> 7/8	Das Ziel der Studie wurde klar formuliert und das gewählte deskriptive Design ist dazu passend, wird aber nicht genauer begründet. Zu Beginn wird eine kurze Übersicht über aktuelle Literatur gegeben. Die Auswahl der Teilnehmenden ist in Bezug zur Forschungsfrage zweckmässig. Die Teilnehmer sowie deren Umfeld wird beschrieben, nicht aber die Perspektive der Forscherin. Datensammlung wird beschrieben und erfolgt bis zur Sättigung. Die Analyse der Daten erfolgte mittels konzeptueller Inhaltsanalyse gestützt auf Palmquist. Die Daten werden zunächst nach Begriffen aus Fragestellung kodiert. Anschliessend erfolgt Kodierung durch zwei separate Personen, die ihre Arbeit am Ende vergleichen (80% Genauigkeit).



<b>Aussagekraft</b> 1.5/2	Die Ergebnisse sind ausführlich und werden mit Zitaten nachvollziehbar gemacht. Der Prozess wird beschrieben. Die Ergebnisse wurden mit der aktuellen Literatur abgeglichen. Konsens zwischen den Forschenden wird gefunden, allerdings erfolgt keine Validierung durch die Teilnehmenden.
<b>Anwendbarkeit</b> 2/2	Dank der Studie kann verstanden werden, wie die Probanden in ihrem Umfeld mit FP arbeiten und dies erleben. Anwendungsmöglichkeit besteht insofern, als dass die Resultate zeigen, dass die Akzeptanz von FP-Protokollen bei Langzeitanwendung zunimmt. Anzahl Angehörige sollten limitiert werden und Begleitpersonen brauchen Unterstützungssystem.
<b>Resultat</b>	Die Studie erreicht 10/12 Punkten und wird damit einbezogen.

**James J, Cottle E & Hodge RD. (2011).Registered nurse and health care chaplains experiences of providing the family support person role during family witnessed resuscitation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 11 (27), 19-26.**

**Ziel:** Eine tiefgründige Untersuchung der Perspektive zur Rolle der Begleitperson für Angehörige bei FP. Dies aus der Sicht von Pflegefachpersonen und Spitalseelsorgern.

**Design:** Phänomenologisch

**Setting:** Akutspital

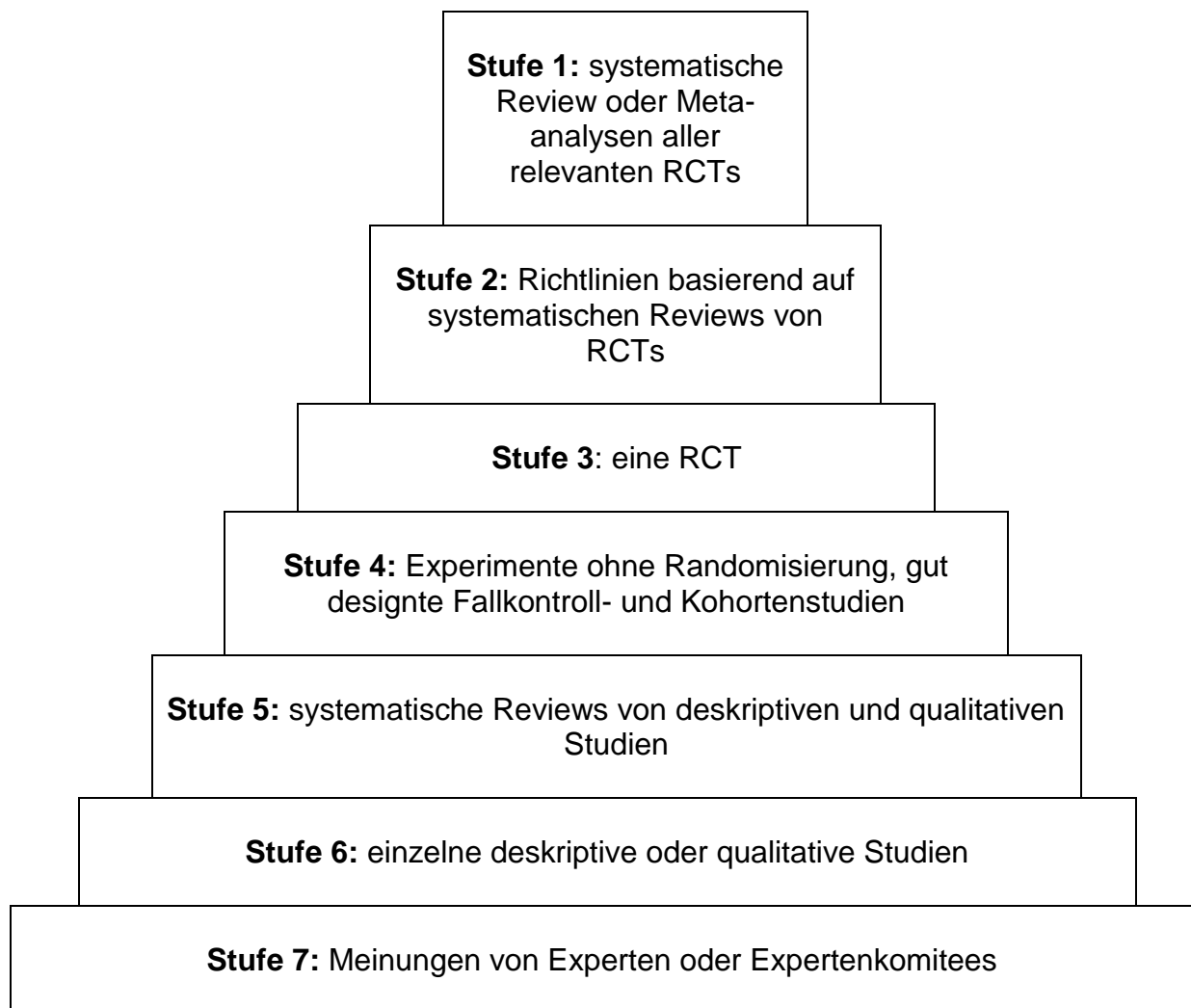
**Stichprobe:** gezielte Stichprobe von 4 Spitalseelsorgern und 3 Pflegenden aus 4 Spitälern in England.

**Methode:** Die Personen aus der Stichprobe wurden auf informellem Weg über eine erfahrene Pflegefachkraft rekrutiert. Sie stammen aus 4 Spitälern und unterschiedlichen Settings. Alle Tiefeninterviews wurden von einer Person des Forscherteams durchgeführt. Inhaltsanalyse erfolgte gestützt auf eine Methode von Colaizizi. Alle Mitglieder des Forschungsteams identifizierten selbstständig Kernthemen zur Clusterbildung.

**Ergebnisse:** Es haben sich 7 Kernthemen herauskristallisiert: Assessment (ist Haltung der/des Patient bekannt, sind die Angehörigen bereit für FP und laufend evaluieren, wie sie damit umgehen, ev. zeitweise wieder rausgehen), Managing Choice (Angehörige entscheiden lassen, ob sie FP wünschen und wann sie rausgehen möchten, es sei denn Sicherheit ist gefährdet), Navigating the Setting (je nach vorhandenem Platz dafür sorgen, dass Angehörige der Reanimation nicht im Weg stehen, Angehörige dürfen wenn möglich Patient berühren, aber auch die Situation erträglicher gestalten, in dem Wunden oder grössere Menge Blut verdeckt werden), Ongoing commentary (Angehörige in einfacher Sprache auf das vorbereiten, was sie erwartet und den Prozess laufend kommentieren und Updates beim Reanimationsteam einholen, mit der Idee vertraut machen, dass die Reanimation kein gutes Ende nimmt), Coming to terms with death (bei nicht erfolgreicher Rea, Angehörige kurz rausbegleiten während Vorbereitung des Leichnam, idealerweise für ruhige Umgebung sorgen und so viel Zeit lassen wie notwendig, bis hin zum Angebot, eine Woche später ein Teammitglied nochmal zu treffen), Conflict (Pflegende standen unter Zeitdruck, Spitalseelsorger hatten Mühe, vom Reanimationsteam akzeptiert zu werden), Support (Unterstützung für Personen,

die die Rolle der Begleitperson wahrnehmen).	
<b>Diskussion und Schlussfolgerung:</b> Es handelt sich um ein komplexes Thema mit vielen Facetten. Eine Beurteilung der Situation von Fall zu Fall scheint sinnvoll zu sein. Ständige Evaluation des Coping der Angehörigen in der Situation wird als wichtig beschrieben. Obwohl Wahl der Angehörigen wichtig war, muss die Begleitperson die Angehörigen mit Nachdruck rausbegleiten, wenn Reanimation gestört wird. Die Wichtigkeit laufender Information wird mit der emotionalen Unterstützung gleichgestellt. Diese Studie zeigt die Wichtigkeit der Rolle der Begleitperson auf und auch die Komplexität der Aufgabe. Es ist wichtig, dass sich Begleitpersonen in Zukunft auf best-practice Guidelines stützen können.	
<b>Kritische Beurteilung nach Behrens und Langer (2004): Beurteilung einer qualitativen Studie.</b>	
<b>Glaubwürdigkeit</b> 7.5/8	Die Forschungsfrage ist klar formuliert. Die Wahl des phänomenologischen Designs wird gut begründet. Wichtige Punkte des Themas wurden in einer Literaturrecherche erarbeitet. Die Auswahl der Teilnehmer passt zur Forschungsfrage, die Auswahl wird begründet. Teilnehmer und deren Umfeld wurde beschrieben. Die Forschenden werden nicht genauer beschrieben. Das Forscherteam hat eine multidisziplinäre Zusammensetzung und die Forschenden sind sich ihrer vorgefertigten Ideen bewusst und es wurde eine Massnahme getroffen, diesen Bias zu verringern (Notierung der Annahmen). Die Datensammlung wird genau beschrieben und erfolgte bis angenommen werden konnte, dass Sättigung erreicht wurde. Die Analyse der Daten ist beschrieben und stützten sich dabei auf weitere Literatur.
<b>Aussagekraft</b> 2/2	Der Prozess der Ergebnisfindung ist transparent. Die Ergebnisse sind nachvollziehbar und ausführlich. Sie werden mit Zitaten unterstrichen. Jedes Teammitglied identifizierte Kernthemen und bildete Cluster und so entstand ein Konsens. Einer der Befragten hat die gefundenen Resultate überprüft.
<b>Anwendbarkeit</b> 2	Die Studie ist hilfreich um den Facettenreichtum der Rolle der Begleitperson der Angehörigen bei FP zu erkennen und diverse Kernpunkte erkennen zu können. Sie zeigt Schwierigkeiten und Bedürfnisse der Begleitperson auf. Daraus lassen sich für die Praxis Empfehlungen ableiten.
<b>Gesamtbewertung</b>	Die Studie erhält 11.5/12 Punkten und wird einbezogen.

## H. Hierarchie der Forschungsevidenz



(Fienout-Overholt, Mazurek & Schulz, 2005, zitiert nach Mayer, 2007, S. 333)

## **Selbstständigkeitserklärung**

Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, habe ich als solche gekennzeichnet.

Marly, 4. Oktober 2012

Laurent Zemp